

ANO - 2019

PRÓ SANTA CASA 2

RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES: COMPARATIVO ENTRE METAS E RESULTADOS ALCANÇADOS DAS ATIVIDADES E METAS PROPOSTAS – Convênio 564/2016

1. OBJETIVO

A elaboração do presente relatório se refere ao PROGRAMA PRÓ-SANTAS CASAS 2 e tem como objetivo apresentar os resultados oriundos das metas e indicadores definidos em Plano Operativo, bem como a forma garantir a transparência dos dados e serviços existentes no Hospital ao SUS, com garantia no atendimento aos problemas de saúde relevantes da população, buscando equidade, qualidade e sustentável relação custo-efetividade na prestação destes, sendo em síntese, demonstrados através do monitoramento e avaliação pelos membros da Comissão de Monitoramento do programa.

2. A INSTITUIÇÃO

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos é a mais antiga instituição assistencial, beneficente e hospitalar em funcionamento na cidade de São Carlos. Fundada em 12 de abril de 1891 o hospital tornou-se em mais de um século em atividade, referência em atendimento à Saúde para 5 (cinco cidades que compõem a microrregião de São Carlos composta por Dourado, Ibaté, Ribeirão Bonito, Descalvado e Porto Ferreira. uma população de aproximadamente 399.047 mil habitantes, segundo a estimativa do IBGE (2019).

Com relação a estrutura disponível contamos com 309 (trezentos e nove) leitos existentes e disponíveis, no qual 196 (cento e noventa e seis) destes são reservados ao uso exclusivo do Sistema Único de Saúde, correspondendo a 63,43% da estrutura atual, de acordo com o cadastrado no CNES (2080931) da desta instituição em dezembro (2019). Demais detalhes estão explicito no Plano Operativo da Região de Saúde Coração do DRS III – Araraquara para esta Instituição.

O objetivo deste relatório é mensurar e disponibilizar os dados e informações referente aos indicadores de controle e monitoramento mantido e atualizado mensalmente com avaliações trimestrais pela equipe de avaliação de monitoramento tripartite (Estado, Município e Prestador).

3. HABILITAÇÕES

A Santa Casa de Misericórdia de São Carlos encontra-se habilitada para prestar atendimento nos seguintes procedimentos:

- - Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista;
- - Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular;
- - Serviço Hospitalar para Tratamento de AIDS;
- - Referência Hospitalar em Atendimento Terciário à Gestante de Alto Risco;
- - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia;
- - Unidade de Alta Complexidade em Neurocirurgia;
- - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com Serviço de Radioterapia;
- - Unidade de Alta Complexidade em Ortopedia; - Unidade de Terapia Intensiva UTI II Adulto; - Unidade de Terapia Intensiva UTI II Neonatal; e
- - Unidade de Terapia Intensiva UTI II Pediátrica.

4. ATENÇÃO À SAÚDE

Faz parte do Plano Operativo, as metas físicas e indicadores pactuados: a capacidade instalada e ofertada de ações em saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde de sua abrangência. Na elaboração dos indicadores abaixo mencionado/pactuado, buscou-se a definição de diversos ações e serviços que buscam a eficácia nas seguintes variáveis norteadoras

- Redução gradativa da demanda espontânea dos atendimentos de urgência de baixa complexidade e aumento na capacidade de atendimento em média e alta complexidade;
- Atenção centrada no usuário e humanizada;
- Gestão Hospitalar democrática e qualificada.

5. INDICADORES E METAS QUALITATIVAS

1. Alcance da produção em relação ao contratado/conveniado no POA

De acordo com o apresentado na matriz de monitoramento ambulatorial + hospitalar (MAC) é possível notar que há um desequilíbrio entre as demandas e ofertas descrita no plano operativo anual junto ao gestor municipal. Fica a sugestão da avaliação da comissão para que se reveja a produção contratualizada afim de estabelecer melhor eficácia no atendimento pactuado, sempre se adequando as necessidades regionais. No geral, foi atingida uma média de 4 pontos dos 20 possíveis, resultando num percentual de alcance de 20% do indicador.

2. Atendimento de cirurgias eletivas aos municípios referenciados

Após a nova distribuição e gestão da fila dos pacientes para realização das cirurgias eletivas para os municípios referenciados, conseguimos atingir a meta deste indicador. Das cirurgias eletivas realizadas, 12% deve ser destinada ao município, o que em 2019 ocorreu. O objetivo é auxiliar o gestor adequando as necessidades regionais e diminuindo (ou zerando) as filas de pacientes agendados / distribuídos.

3. Grupo de Trabalho de Humanização

Apresentamos as atas, listas de presença de demais registros que comprovam a atuação do Grupo de Trabalho. O GTH instaurou uma gestão compartilhada e observamos o empenho e persistência da equipe no que refere à produção do cuidado e qualificação da assistência, entretanto há desafios que impactam diretamente, como a rotatividade de profissionais que a equipe enfrenta no desenvolvimento de ações e que fragilizam os processos em rede interna e externa. Fica ainda o desafio de fortalecer o trabalho em equipe multidisciplinar, bem como ampliar a participação e aumentar a discussão de políticas de humanização em rede. Segundo a avaliação estamos implantados com eficácia neste indicador.

4. Realização de pesquisa de satisfação do usuário

Atingimos ótimos índices de satisfação para os usuários do Sistema Único de Saúde. Além de aumentar gradativamente a participação dos usuários e abrangência aos setores, aumentamos também o percentual de ótimo + bom nos mais diversos setores, fechando o indicador com a meta cumprida neste quesito.

5. Serviço de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário

Demonstramos os relatórios que comprovam que todas as demandas (100%) e serviços de ouvidoria foram atendidos. Os pacientes receberam as devidas respostas através internet (e-mail), telefone ou pessoalmente. Todos são ouvidos e acolhidos. Com relação aos elogios recebidos, os mesmos são repassados aos funcionários com uma forma de feedback pelos serviços elogiados, motivando-os a continuarem com a prática do atendimento perfeito.

6. Equipar as enfermarias com todos os equipamentos preconizados na RDC 50.

A instituição está passando por várias reformas, visando garantir melhores condições e conforto aos usuários e familiares. A correta distribuição de leitos, bem como a aquisição de poltronas planejadas (pelo espaço escasso) ainda é um desafio a ser superado. Buscamos o melhor atendimento aos pacientes e acompanhantes.

7. Política de Formação dos Trabalhadores

Promovemos, convidamos e permitimos a participação dos funcionários em atividades de educação continuada. Todas as capacitações previstas no cronograma são realizadas sendo comprovado através da apresentação de relatórios com nome, curso e data em que os

funcionários compareceram aos eventos. As listas de presença são gerenciadas pelo setor de NUCAP (Núcleo de capacitação) e servem como evidencia da participação e registros do capital intelectual, bem como o ambiente de aprendizagem.

8. Plano diretor/Planejamento Estratégico

A instituição não conta com o plano diretor. Fica a sugestão da comissão de ser implantar a ferramenta e utilizar como uma diretriz para as ações estratégicas institucional.

9. Comissões obrigatórias e respectivos relatórios

Todas as comissões obrigatórias (Ética Médica, Controle de Infecção Hospitalar, Óbito e Prontuário) são atuantes. São apresentados seus relatórios de atuação tais como: Regimentos, atas, listas de presença e indicadores que comprovam esta atuação.

10. Credenciamento em Laqueadura e Vasectomia

Foi estabelecido junto com os municípios de referência, fluxo/protocolo para o credenciamento da instituição em Laqueadura e vasectomia, acordando com todos os envolvidos as responsabilidades de cada um no processo, sendo o credenciado até o final do ano de 2019.

11. Atualização do CNES

Mantivemos nossos apontamentos e dados do Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde atualizados, em especial dos serviços/equipamentos/recursos humanos. Os apontamentos foram feitos mensalmente e os relatórios apresentados em avaliação. As principais mudanças são para os recursos humanos no que tange as alterações/inclusões/exclusões ocorridas durante o período.

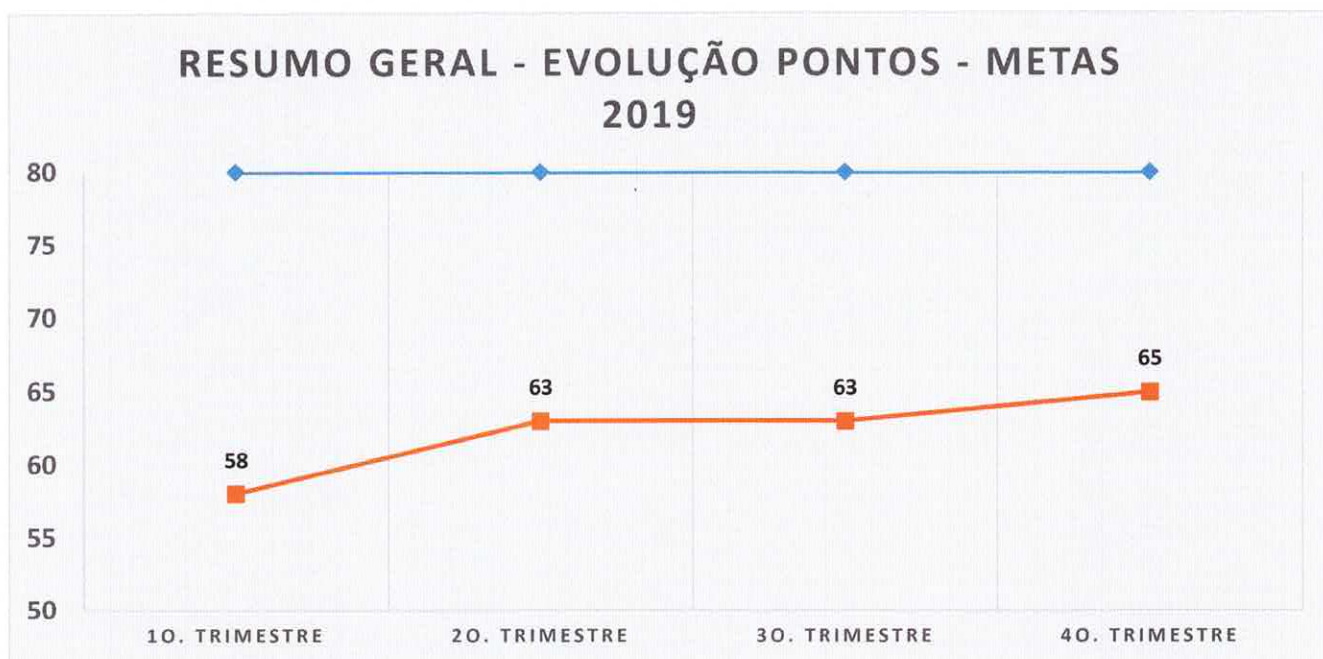
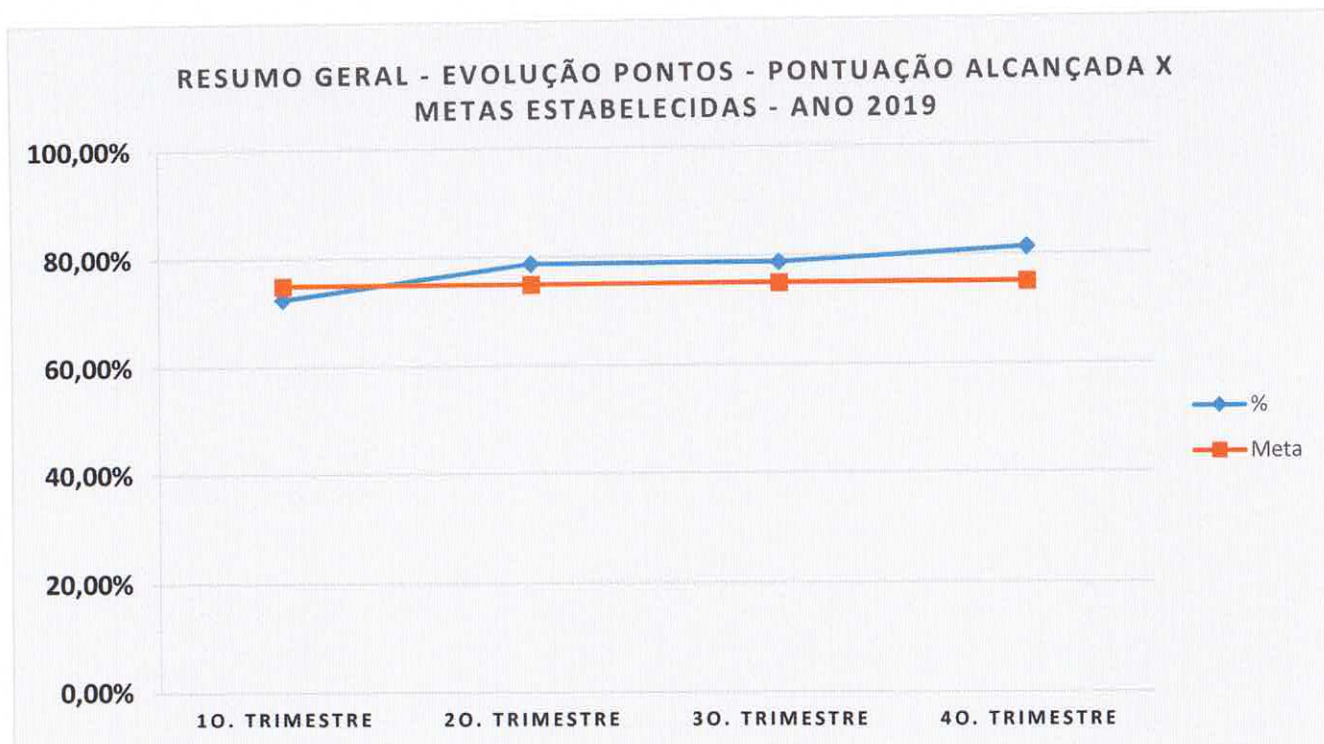
12. Alvarás de funcionamento fornecidos pela Vigilância Sanitária das diversas áreas do Hospital e auto de vistoria do corpo de bombeiros (AVCB)

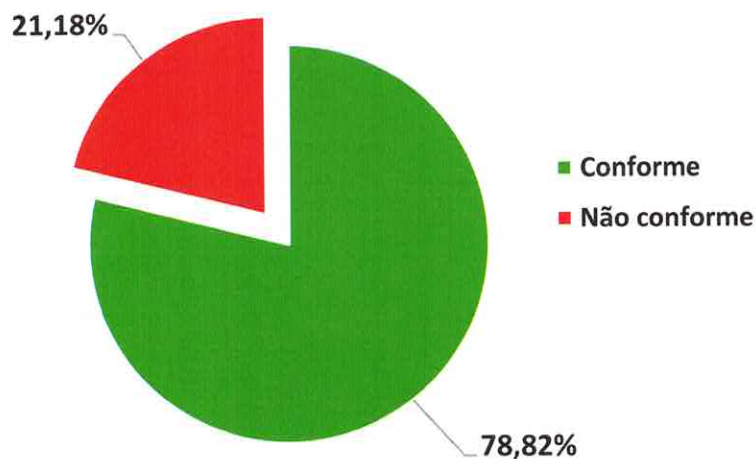
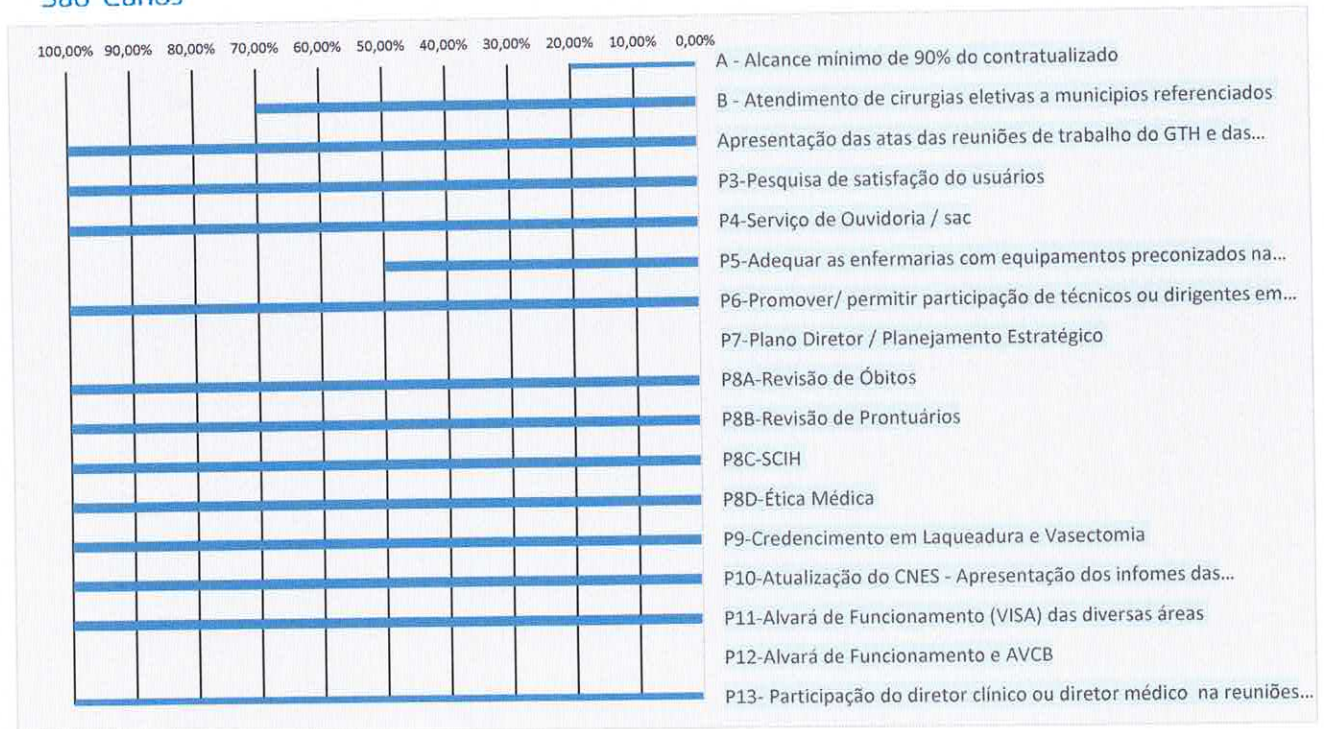
Apresentamos o Alvará de Funcionamento do Hospital, expedida pela VISA em 14/06/2019, com vigência até 20/03/2020. Com relação ao AVCB (Licença de Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros) foi apresentado o cronograma com as fases de execução atualizado em 12/2019.

13. Participação efetiva nas reuniões do Fórum de Regulação Médica de Urgência/Emergência do DRS III-Araraquara.

Comparece e participa mensalmente às reuniões do Fórum de Regulação Médica de Urgência e Emergência na sede do DRS III – Araraquara com os responsáveis pela área, discutindo temas relevantes ao processo de trabalho. As evidencias são registrados em ata e lista de presença apresentada pelo núcleo de regulação do Departamento Regional de Saúde.

6. FECHAMENTOS





META: 75%

Fonte: Relatórios DRS III e controladoria hospitalar

De acordo com os indicadores apresentados, considera-se por cumprido a meta para o resultado do programa.

7. DAS FONTES

Dados populacionais: <https://cidades.ibge.gov.br/>

Quantidade de Leitos: <http://cnes.datasus.gov.br/>

Indicadores e dados: Relatórios da comissão avaliadora (DRS III) e Departamento de Controladoria Hospitalar

8. CONCLUSÃO

Reforçamos a importância do Programa Pró Santa Casa 2 para a gestão (municipal, estadual e hospitalar), tanto na questão financeira quanto na qualidade dos processos de trabalho e ampliação do acesso. Absorvemos as recomendações feitas pela Comissão Regional no que se refere à importância do alcance das metas. As atividades e metas propostas para cada indicador atenderam satisfatoriamente o previsto no Convênio 564/2016 – denominado Pró Santa Casa 2, celebrado entre a Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos – ISCMSC e o Estado de São Paulo, através de sua Secretaria de Estado da Saúde. Com 78,82% dos indicadores atingidos em 2019, o Hospital ficou acima do recomendável (META 75%). É notável o esforço desta instituição em melhorar os indicadores definidos para este nosocômio durante o ano de 2019, entretanto há desafios para serem superados e juntos conseguiremos cumprir nossa missão que é o atendimento humanizado imbuído do sentimento filantrópico.

A evolução das metas pactuadas pode ser considerada boa, pois teve um nível crescente entre os pontos possíveis e os pontos alcançados. O ideal é manter acima dos 75% de atingimento das metas, conforme o estabelecido no convênio firmado entre a ISCMSC e a Secretaria de Estado da Saúde. Conclui-se, porém que ficamos acima da meta conforme a soma dos pontos obtidos pelo total dos pontos máximos para os indicadores pactuados, chegando a 78,82%, conforme demonstrado.



Antonio Valério Morillas Júnior

CPF 627.922.968-87

Provedor