

## **ANO - 2021**

### **PRÓ SANTA CASA 2 (janeiro a dezembro / 2021) Convênio 306/2021**

## **RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES: COMPARATIVO ENTRE METAS E RESULTADOS ALCANÇADOS DAS ATIVIDADES E METAS PROPOSTAS –**

### **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 405.949 mil habitantes, segundo a estimativa do IBGE (2021).

Com relação a estrutura disponível contamos com 389 (trezentos e cinquenta e três) leitos existentes e disponíveis, no qual 250 (duzentos e trinta e quatro) destes são reservados ao uso exclusivo do Sistema Único de Saúde, correspondendo a 64,27 % da estrutura atual, de acordo com o cadastrado no CNES (2080931) da desta instituição em dezembro (2021). 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:

- ✓ Centro de referência em atenção à saúde do idoso
- ✓ Tratamento do glaucoma com medicamentos no âmbito da política nacional de atenção oftalmológica
- ✓ Unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular\*
- ✓ Cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista
- ✓ Laboratório de eletrofisiologia, cirurgia cardiovascular e procedimentos de cardiologia intervencionista
- ✓ Serviço hospitalar para tratamento da AIDS
- ✓ Atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo II
- ✓ Atenção especializada em DRC com hemodiálise
- ✓ Atenção especializada em DRC com dialise peritoneal
- ✓ Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia\*.
- ✓ UNACON com serviço de radioterapia
- ✓ Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional\*
- ✓ Dieta Enteral

- ✓ Unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia\*
- ✓ UTI II - Adulto
- ✓ UTI II - Pediátrica
- ✓ UTI neonatal tipo II – UTIN II
- ✓ UTI II adulto - síndrome respiratória aguda grave (SRAG) - covid-19.

#### **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. INDICADOR E META QUANTITATIVA**

##### **5.1- 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, graças aos acordos firmados com o gestor e a retomada dos procedimentos cirúrgicos. Das cirurgias eletivas realizadas, 12% deve ser destinada ao município, o que em 2021 ocorreu (20,3%). O objetivo é auxiliar o gestor e o municípios de referência, adequando suas necessidades e diminuindo (ou zerando) as filas de pacientes agendados / distribuídos.

## **6. INDICADORES E METAS QUANTITATIVAS**

### **6.1 Grupo de Trabalho de Humanização**

Apresentamos as atas, listas de presença, relatórios elaborados e 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. Dentre os trabalhos realizados, destacam-se:

- ✓ Serviço de escuta qualificada;
- ✓ Passagem de visita multiprofissional nos setores;
- ✓ Ferramentas de manejo de emoções aos pacientes;
- ✓ Direito a acompanhantes;
- ✓ Classificação de ambiência;
- ✓ Colegiado Gestor;
- ✓ Integração e atendimento aos requisitos as redes temáticas e prioritárias que asseguram qualidade a gestão hospitalar;
- ✓ Atas de reunião das discussões sobre o tema humanização;
- ✓ Divulgação das ações de humanização no nosocômio hospitalar;
- ✓ Atendimentos específicos para pacientes vítimas de abuso sexual;
- ✓ Acolhimento em situações de prognóstico reservado e terminalidade (óbito).

### **6.2 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.

### **6.3 Serviço de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário**

Demonstramos os relatórios que comprovam que todas as demandas por caixas de sugestão, internet, presencial ou telefone 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.

#### **6.4 Equipar as enfermarias com todos os equipamentos preconizados na RDC 50.**

A Instituição continua passando por 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. Observa-se melhorias na ambiência como pintura nos setores, nova manta para as rampas e novos corre mãos instalados. A grande maioria das reformas são feitas por funcionários, assegurando uma prática contínua para estas ações.

#### **6.5 Incentivar o parto normal através da realização de analgesia farmacológica ou não farmacologia**

Buscando a melhoria no parto humanizado a instituição disponibiliza vários de modalidades de analgesia para as gestantes, afim de aliviar a dor no parto e assegurando as melhores praticas do processo.

Além das analgesias farmacológicas, oferecemos também as não farmacológicas, dentre elas: Bola, Banho Quente, Massagem e Caminhada.

#### **6.6 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 do colaborador, curso ministrado, quantidade de horas e data em que os participantes 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.

### **6.7 Oferecer campo de estágio para os estudantes das escolas técnicas e Fatec**

Através de parcerias com instituições de ensino de nível superior e técnico (Escolas Técnicas, Faculdades, Fatec) oferecemos campo de estágio aos alunos para que estes tenham a oportunidade de aplicar seus conhecimentos acadêmicos em situações da prática profissional, criando a possibilidade de exercitar suas habilidades para o seu crescimento pessoal e profissional.

### **6.8 Plano diretor/Planejamento Estratégico**

A instituição implantou as diretrizes estratégicas com a definição da missão, visão e valores da organização. Esta ferramenta será a diretriz para as ações estratégicas institucional.

### **6.9 Atualização do CNES**

Mantivemos nossos apontamentos e dados do Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde atualizados, em especial dos novos serviços/equipamentos e recursos humanos. Os apontamentos foram feitos mensalmente no programa do CNES do estabelecimento e os arquivos de atualização são enviados mensalmente ao Gestor local. Os principais inputs são para a movimentação de profissionais, (inclusão, alteração e exclusão) ocorridas durante o período para validação do gestor local e deferimento do gestor estadual pelo DataSUS.

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

O cumprimento deste requisito se dá pela apresentação do Alvará de Funcionamento do Hospital, expedida pela VISA em 29/11/2021, com vigência até 20/03/2022. Com relação ao AVCB (Licença de Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros) o mesmo foi expedido em 10 de março de 2020 com validade até 03/03/2023.

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

Em 2021, as reuniões foram mantidas em modo virtual, porém os envolvidos participam dos vídeos conferências que são agendadas pelo Departamento Regional de Saúde (DRS III – Araraquara). Os responsáveis pela área, discute temas relevantes ao processo de trabalho. As reuniões são registradas em atas para assegurar a evidencia objetiva e manter a memória operacional.

### **NOTA DA AVALIAÇÃO – 2021**

Considerando o Decreto Legislativo nº 6, de 18 de março de 2021 que reconhece para fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2021; considerando o Decreto Estadual nº 64.879 de 20 de março de 2021 que reconhece o estado de calamidade pública, decorrente da pandemia do COVID-19, que atinge o Estado de São Paulo e dá providencias correlatas; Considerando a Lei 13.992 de 22 de abril de 2021, que suspende por 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março do corrente ano, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); considerando a situação epidemiológica de permanência da pandemia pelo COVID-19; considerando a sobrecarga do setor de saúde frente ao enfrentamento da pandemia ficou pactuado em CIR e registrado em ata dos colegiados de regiões de saúde a decisão por não proceder a despontuação nos indicadores em que as metas não foram alcançadas, seguindo assim, os termos do Programa Santa Casa Sustentável indicados no Ofício Circular do Coordenador de regiões de Saúde de 06 de abril de 2021 que suspende temporariamente a inserção e avaliação dos indicadores do Auxílio Financeiro. Portanto estes indicadores, excepcionalmente, neste momento atípico de enfrentamento da pandemia de COVID-19 ficam considerado como pontuado integralmente.

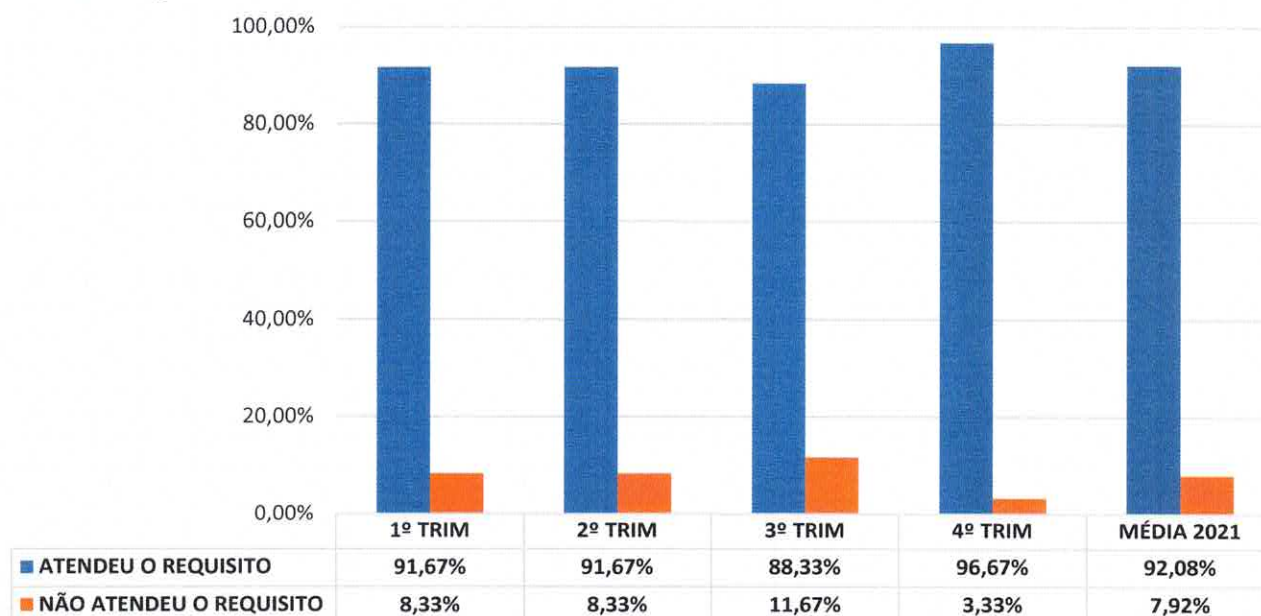
## 7. FECHAMENTOS

### 7.1 – Planilha

INDICADORES - EXERCÍCIO DE 2021	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM	MÉDIA 2021
1- Atendimento de cirurgias eletivas aos municípios referenciados	5	5	5	5	5
2- Grupo de Trabalho de Humanização. Implementar e manter reuniões sistemáticas do GTH.	5	5	5	5	5
3- Realização de pesquisa de satisfação do usuário	5	5	5	5	5
4- Serviço de Ouvidoria / Serviço de Atendimento ao Usuários - SAC	5	5	5	5	5
5- Equipar as enfermarias com todos os equipamentos preconizados na RDC50	5	5	3	3	4
6- Incentivar o Parto Normal através da realização de analgesia farmacológica e/ou não farmacológica	5	5	5	5	5
7- Promover/ permitir participação de técnicos ou dirigentes em cursos, capacitações e treinamentos que possam contribuir com o funcionamento da instituição.	5	5	5	5	5
8- Oferecer campo de estágio para os estudantes das escolas técnicas e Fatec	5	5	5	5	5
9- Planejamento Estratégico Plano Diretor.	0	0	0	5	1,25
10- Atualização do CNES. Manter dados atualizados em especial dos serviços / equipamentos / recursos humanos apresentando relatórios resumidos ao DRS.	5	5	5	5	5
11- Alvarás de funcionamento fornecidos pela Vigilância Sanitária das diversas áreas do Hospital e auto de vistoria do corpo de bombeiros (AVCB)	5	5	5	5	5
12- Participação efetiva nas reuniões do Fórum de Regulação Médica de Urgência/Emergência do DRS III-Araraquara.	5	5	5	5	5

Fonte: Controladoria Hospitalar

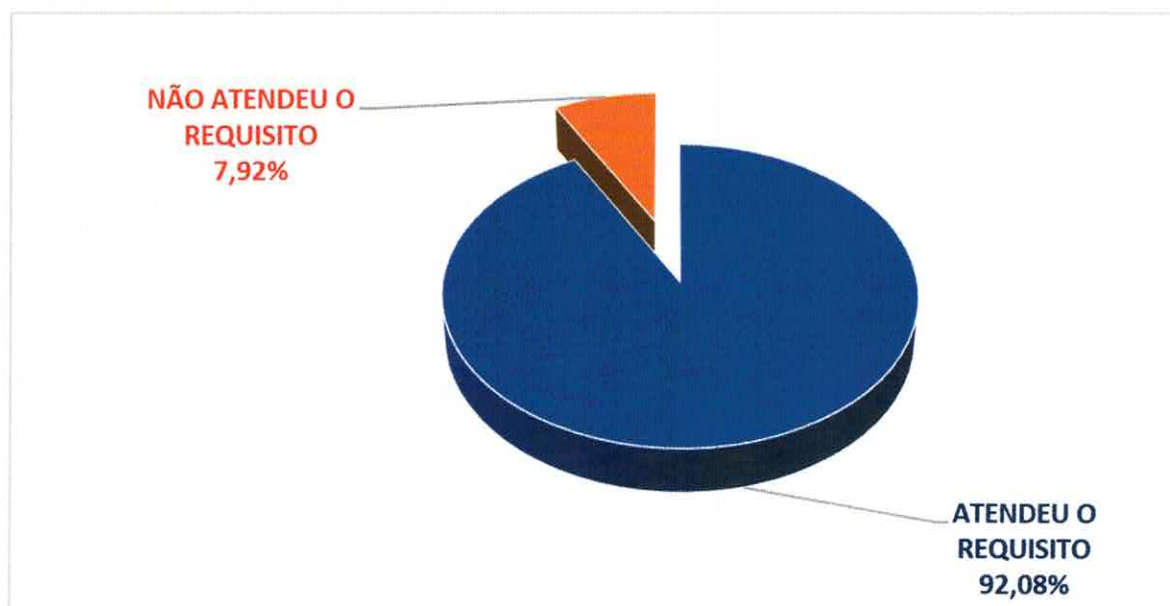
### 7.2- Evolução



Fonte: Controladoria Hospitalar



### 7.3. Resumo percentual



Fonte: Controladoria Hospitalar

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

## 8. 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

## 9. 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 306/2021 – 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 92,08% dos indicadores atingidos no ano de 2021, 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 2021, 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 estável entre os pontos possíveis e os pontos alcançados. O ideal é manter acima dos 75,00% 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 92,02%, conforme demonstrado.



**Dr. Antônio Valério Morillas Júnior**

CPF 627.922.968-87

Provedor