



3ª. REGIONAL DE SAÚDE

ATA DE REUNIÃO Avaliação Plano Operativo Assistencial

Nº 06/2019	
DATA / HORA	11 de Junho de 2019
Estabelecimento	Hospital da Criança Pref. João Vargas de Oliveira

ASSUNTOS DISCUTIDOS E RESPECTIVAS DELIBERAÇÕES

Aos 11 dias do mês de Junho de 2019, às 11h15, reuniram-se na sede da 3ª Regional de Saúde, os representante do Hospital da Criança João Vargas de Oliveira, representantes da 3ª Regional de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, para proceder a avaliação dos indicadores do Plano Operativo Assistencial, referente à competência **Abril** de 2019.

Diante dos documentos apresentados foram realizadas as seguintes considerações:

1. O Hospital atingiu a faixa de 90 a 100% das metas quantitativas ambulatoriais;
2. O Hospital já está realizando cirurgias eletivas de Média Complexidade, mas ainda não atingiu as metas quantitativas hospitalares, devido à baixa procura por atendimentos de Urgência/Emergência. Portanto, o pagamento será por produção;
3. O Hospital atingiu 1.050 dos 1.100 pontos possíveis das metas qualitativas dos Indicadores Gerais Assistenciais, por ter extrapolado o prazo para envio das AIH's;
4. O Hospital atingiu integralmente as metas qualitativas dos Indicadores Assistenciais de Redes, entretanto, foi solicitado ao Hospital que discuta internamente o aceite de pacientes com indicação de isolamento com bloqueio de enfermarias, quando não houver leitos de isolamento disponíveis;
5. O Hospital atingiu integralmente as metas qualitativas dos Indicadores de Gestão.
6. Nada mais havendo a tratar, encerrou-se a reunião às 12h15.

Nome	Assinatura
André Luiz Albuquerque Lisboa – 3ª RS SCRACA	
Ana Paula Magalhães Abreu Giacomo – 3ª RS SCRACA	
Noemia Brandão – Ouvidoria 3ª RS	
Paola Horochoski – SMS de Ponta Grossa	
Raquel Mocelim – H. da Criança Pref. João Vargas de Oliveira	
Ana Caetano Pinto – Conselho Municipal de Saúde	
Jaqueline Nunes da Silva – CRESEMS	



3ª. REGIONAL DE SAÚDE

ATA DE REUNIÃO Avaliação Plano Operativo Assistencial

Nº 06/2019	
DATA / HORA	11 de Junho de 2019
Estabelecimento	Hospital Municipal Dr. Amadeu Puppi

ASSUNTOS DISCUTIDOS E RESPECTIVAS DELIBERAÇÕES

Aos 11 dias do mês de Junho de 2019, às 14h45, reuniram-se na sede da 3ª Regional de Saúde, os representante do Hospital Municipal Dr. Amadeu Puppi, representantes da 3ª Regional de Saúde, representante da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, do CRESEMS e do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa, para proceder a avaliação dos indicadores do Plano Operativo Assistencial, referente à competência **Abril** de 2019.

Diante dos documentos apresentados foram realizadas as seguintes considerações:

1. O Hospital atingiu as metas quantitativas ambulatoriais;
2. O Hospital atingiu as metas quantitativas hospitalares;
3. O Hospital atingiu integralmente as metas qualitativas dos Indicadores Gerais Assistenciais;
4. O Hospital atingiu integralmente as metas qualitativas dos Indicadores Assistenciais de Redes;
5. O Hospital atingiu integralmente as metas qualitativas dos Indicadores de Gestão;
6. Nada mais havendo a tratar, encerrou-se a reunião às 15h05.

Nome	Assinatura
André Luiz Albuquerque Lisboa – 3ª RS SCRACA	
Ana Paula Magalhães Abreu Giacomo – 3ª RS SCRACA	
Karin Marian da Costa Agner – H. M. Dr. Amadeu Puppi	
Paola Horochoski – SMS de Ponta Grossa	
Adriane do Rocio – CMS de Ponta Grossa	
Jaqueline Nunes da Silva – CRESEMS	
Dirce Maria Bahls – Ouvidora Regional	



3ª. REGIONAL DE SAÚDE

ATA DE REUNIÃO Avaliação Plano Operativo Assistencial

Nº 06/2019	
DATA / HORA	11 de Junho de 2019
Estabelecimento	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa

ASSUNTOS DISCUTIDOS

Aos 11 dias do mês de Junho de 2019, às 13h30, reuniram-se na sede da 3ª Regional de Saúde, representantes da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, da 3ª Regional de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa e do CRESEMS, para proceder a avaliação dos indicadores do Plano Operativo Assistencial, referente à competência **Abril** de 2019.

Diante dos documentos apresentados foram realizadas as seguintes considerações:

1. O Hospital atingiu as metas quantitativas ambulatoriais dos Grupos 02, 03 e 04;
2. O Hospital atingiu as metas quantitativas hospitalares;
3. O Hospital atingiu integralmente as metas qualitativas dos Indicadores Gerais Assistenciais;
4. O Hospital atingiu 1.000 dos 1.200 pontos possíveis dos Indicadores Assistenciais de Redes, devido à taxa de cesárea ter extrapolado o quantitativo Contratualizado;
5. O Hospital atingiu 300 pontos, dos 400 possíveis, dos Indicadores de Gestão, sendo novamente orientado a manter vigilância quanto às solicitações da Central Estadual de Regulação de Leitos;
6. O Hospital atingiu integralmente as metas qualitativas dos Indicadores de Ensino e Pesquisa;
7. O CRESEMS trouxe para a discussão o elevado número de remanejamento de agendas de consultas eletivas, trazendo transtorno aos pacientes. O Hospital reconheceu a situação e se comprometeu a discutir internamente com os profissionais.
8. O CRESEMS trouxe, também, a relativa demora no agendamento de consultas de retorno do ambulatório de Oncologia. Como o prestador está cumprindo o que está pactuado em contrato, a Regional de Saúde solicitou que o mesmo encaminhe solicitação de aditivo financeiro para adequação das quantidades de consultas, exames e cirurgias.
9. Nada mais havendo a tratar, encerrou-se a reunião às 14h30.

Nome	Assinatura
André Luiz Albuquerque Lisboa – SCRACA 3ª R.S.	
Ana Paula Magalhães Abreu Giacomo – SCRACA 3ª RS	
Adriane do Rocio – CMS de Ponta Grossa	
Liro D. S. Junior – Santa Casa de P. Grossa	
Paola Horochoski Koloda – SMS de Ponta Grossa	
Rogério Clemente – Santa Casa de P. Grossa	
Jaqueline Nunes da Silva – CRESEMS	
Dirce Maria Bahls – Ouvidora Regional	

Anexo II

mar/19

DADOS GERAIS	Santa Casa de Misericórdia
	Ponta Grossa
	3ª

Assinalar a classificação que corresponde ao parecer da Comissão Regional do HOSPSPUS em relação às metas e compromissos analisados:

1 - REDE DE URGENCIA E EMERGENCIA E REDE MAE PARANAENSE

1	ÁREA: GESTÃO - 40 pontos	Cumprido	Não Cumprido	Pontuação	Avaliação					
1.1	Subárea: Direção									
1.1.1	Membros da Direção do Hospital com Especialização em (participando do Curso em) Gestão Hospitalar. (Considerar para este item membros da Direção do Hospital participando do CGQ do HOSPSPUS.)		X	15	0					
1.1.2	Implementação e Implantação do Plano Diretor (Considerar para este item que os participantes do CGH estão apresentando os produtos das Oficinas no CGH e estão reproduzindo as Oficinas no Hospital)	X		15	15					
1.2	Subárea: Gestão da Informação Hospitalar									
1.2.1	Notificação compulsória de doenças e agravos. (Apresentado relatório enviado pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SIAN), no período de competência, e a declaração do Gestor Municipal comprovando a notificação de 100% dos agravos.)	X		10	10					
	Total			40	25					
2	ÁREA: ESTRUTURA - 60 pontos									
2.1	Subárea: Informações gerais									
2.1.1	Atualização das informações do CNES (apresentou declaração do Gestor informando que as informações disponibilizadas no CNES são fidedignas à realidade da instituição.)	X		5	5					
2.1.2	Licença Sanitária atualizada (anexar cópia da licença sanitária)		X	20	0					
2.2	Subárea: Hemoterapia									
2.2.1	Possui Agência Transfusional de acordo com a legislação	X		5	5					
2.3	Unidades de Tratamento Intensivo									
2.3.1	Ampliar nº leitos de UTI para mínimo de 10% dos leitos gerais ou manter os já existentes	X		5	5					
2.3.2	Mantém ou amplia número de leitos de UTI/SUS existentes no CNES na data de implantação do Programa	X		5	5					
2.3.3	Mantém ou amplia número de leitos gerais existentes no CNES na data de implantação do Programa	X		5	5					
2.4	Oferta de Leitos para Central de Leitos/Regulação									
2.4.1	Disponibiliza todos os leitos/SUS de UTI para a Central de Leitos/Regulação (Apresentado relatório da Central de Leitos/Regulação sobre a disponibilidade dos leitos)	X		10	10					
2.4.2	Disponibiliza todos os leitos gerais/SUS para a Central de Leitos/Regulação (apresentado relatório da Central de Leitos/Regulação)	X		5	5					
	Total			60	45					
3	ÁREA: PROCESSOS - 350 pontos									
3.1	Subárea: Comissões									
3.1.1	Comissão de Verificação de Óbitos (Apresentado atas das 2 últimas reuniões da Comissão de Verificação de Óbitos, com a análise dos óbitos do período, divididos por faixa etária, destacando-se os óbitos infantis e maternos)	X		10	10					
3.1.2	Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (Apresentado atas das 2 últimas reuniões da Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Destacar nas atas evidências de ações relacionadas às ações relativas ao controle e ao monitoramento das infecções)	X		10	10					
3.1.3	Mantém Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante ativa (Esse item será avaliado pela Central de Transplantes de SESSA)	X		5	5					
3.2	Subárea: Rede Mãe Paranaense					Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Meta
3.2.1	Cobertura de partos realizados em gestantes de alto risco da região ou macrorregião (deve ser considerada a meta do hospital de acordo com a performance entre gestoras)	X		15	15	128	97	126	144	123
3.2.2	% de partos em gestantes vinculadas ao hospital (considerar cumprida se realizado no mínimo 80% das parturientas considerando a média de gestantes vinculadas)	X		15	15	104,00%	78,00%	102,00%	117,00%	
3.2.3	Protocolos clínicos de obstetria e perinatologia implantados (a partir de dezembro de 2012)	X		15	15					
3.2.4	Garantia de acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto (verificar se o hospital tem infra-estrutura para acompanhante)	X		25	25					
3.2.5	Participação dos profissionais nas capacitações da Rede Mãe Paranaense	X		15	15					
3.2.6	Não recusar acesso a gestante em trabalho de parto (auditoria ou ex-afixo)	X		50	50					

Anexo II

Unidade qualificada em esta hora		mar/19									
3.3	Subárea: Rede de Urgência e Emergência										
3.3.1	Pronto atendimento funcionando 24 horas	X		15	15						
3.3.2	Atende SAMU/SIATE	X		15	15						
3.3.3	Serviço com classificação de risco implantada. Apresentar percentual de pacientes atendidos na unidade de emergência submetidos à classificação de risco discriminado por nível de prioridade	X		15	15	100%	100%	100%	100%		
3.3.4	Não recusar acesso de usuário para atendimento de urgência e emergência (auditada ou ex-officio)	X		50	50						
3.3.5	Percentual de pacientes com tempo porta-baixo inferior a 90 minutos (somente para hospitais que têm serviço de hemodinâmica)		0	10	0	25%	67%	0%	56%		
3.3.6	Protocolos clínicos implantados (Trauma, AVE, IAM, de acordo com o perfil do hospital, a partir de dezembro 2012)	X		15	15						
3.3.7	Existência de padronização da assistência de enfermagem (Procedimentos Operacionais Padrões - POPs)	X		15	15						
3.4	Programa de Humanização										
3.4.1	Implantação de Política ou Estratégias de Humanização (demonstrar a utilização das diretrizes da Política Nacional de Humanização)	X		5	5						
3.4.2	Ouvidoria (Apresentado relatório de denúncias e resoluções)	X									
3.5	Segurança do Paciente										
3.5.1	Implantada atividade relacionada a segurança do paciente, no mínimo duas das seguintes atividades: protocolo de higienização das mãos, cirurgia segura, acesso venoso, queda de paciente, ulcera por pressão (apresentar protocolo e evidências de implantação)	X		15	15						
3.5.2	Notifica regularmente no Sistema On-line de Notificação de Infecção Hospitalar - SONIH	X		30	30						
3.6	Subárea: Relação com os usuários										
3.6.1	Realização de pesquisa de satisfação de usuários (no mínimo quadrimestral)	X		5	5						
	Total			360	340						
	Total Geral			460	410						

4	Dados a serem informados	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
4.1	Hospitais				
4.1.1	Taxa de Casarões	50,78	65,98	46,03	57,64
4.1.2	Tempo médio de permanência - TMP geral	3,06	3,05	3,3	3,33
4.1.3	TMP - Unidade de Tratamento Intensivo- Adulto	2,59	2,85	2,58	2,59
4.1.4	TMP - Unidade de Tratamento Intensivo- Neonatal	25,36	17,43	16,59	22,36
4.1.5	Taxa de ocupação	43,17	37,22	43,75	47,6
4.1.6	Taxa de ocupação - Unidade de Tratamento Intensivo- Adulto	73,61	72,84	85,48	98,33
4.1.7	Taxa de ocupação - Unidade de Tratamento Intensivo- Neonatal	91,33	83,54	90,32	86,78
4.1.8	Número de partos realizados no período	128	97	126	144
4.1.9	Número de partos de alto risco realizados no hospital	128	97	126	144
4.1.10	Número de gestantes vinculadas com estratificação de risco, conforme pactuação atendidas pelo hospital	115	124	111	130
4.1.11	Incidentes de queda de paciente	2,42	2,16	0,36	0,36
4.1.12	Percentual de pacientes embuçados em relação aos pacientes internados na UTI	23,69	26,76	22,53	28,45
4.1.13	Número de pacientes atendidos encaminhados pela Central de Regulação de Leitos (relatório mensal por tipo de leito)	537	464	556	532
4.2	Pactuações				
4.2.1	Número de partos pactuados com o hospital	123	123	123	123
4.2.2	Número de partos de alto risco estimados para a região ou macrorregião	-	-	-	-

COMISSÃO REGIONAL DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO - DATA		
NOME	ENTIDADE	ASSINATURA
Carolina Napoli M. Schenekenberg	SESA 3ª RS	
André Luiz Albuquerque Lisboa	SESA 3ª RS	
Lino Dionísio S. Junior	Santa Casa PG	
Gilberto Doszgat	Santa Casa PG	
Fabiani Ramos Bach Czulisniak	CRESEMS 3ª RS	
Adriane do Rocio Lopes	CMS PG	