



SANTA CASA
de Misericórdia
de Chavantes

RELATÓRIO ASSISTENCIAL DE QUALIDADE E DESEMPENHO

PRONTO SOCORRO REFERENCIADO – H.R.A

ASSIS - SÃO PAULO / SP

AGOSTO / 2022

1. INFORMAÇÕES DO CONTRATO

Número do Convênio:	1480/2020
Número do Processo:	SES-PRC-2020/33350
Conveniado:	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES - CNPJ 73.027.690/0001-46
Tipo Beneficiário:	Entidade Filantrópica
Interveniente:	Sem interveniência
Tipo de Convênio:	(CSS) APOIO FINANCEIRO - CUSTEIO AÇÕES ESPECÍFICAS - ENTIDADES
Programa:	Apoio Financeiro - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Unidade Gestora:	CGOF
Município:	Chavantes
Natureza da Despesa:	335043 - Subvenções Sociais (Custeio - 3º Setor)
Fonte dos Recursos:	Fundo Estadual de Saúde

2. OBJETO:

Custeio - recursos humanos CLT, autônomos e pessoa jurídica para Gerenciamento da unidade de Pronto Socorro Referenciado Do Hospital Regional De Assis.

3. INTRODUÇÃO

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE – O.S.S.

Fundação: 31 de agosto de 1923.

Constituição jurídica: Associação civil de direito privado, sem fins lucrativos e filantrópica.

Atuação: Saúde, Educação e Assistência Social.

Unidade Própria: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Chavantes

4. PERÍODO DE APURAÇÃO DOS DADOS: AGOSTO/2022

HISTÓRIA

A **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes – SCMC** é uma entidade privada, sem fins lucrativos, fundada no ano de 1923. Possui unidade própria, o Hospital da Santa Casa de Chavantes, que funciona ininterruptamente há mais de 90 anos, atendendo a população da cidade de Chavantes e região do Departamento Regional de Saúde – DRS de Marília.

Em 2020, com a experiência de seus diretores e conselheiros, que atuam há mais de 15 anos em Gestão de Equipamentos de saúde, tornou-se uma Organização Social de Saúde – OSS, estando capacitada à formalizar contratos de gestão com os mais diversos entes governamentais.

O corpo diretivo da SCMC é composto por profissionais das mais distintas categorias, que objetivam a união de esforços e seus conhecimentos para atingir com excelência a qualidade de serviços. Dito isto, considerando que a **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes**, a qual possui vasto know-how e expertise no gerenciamento de serviços de saúde e capacidade para contribuir na gestão a Saúde, com o objetivo de garantir atendimento em saúde oportuno e qualificado, em conformidade com os compromissos da gestão e utilizando-se de flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserção de novos componentes da prática organizacional, bem como os recursos humanos necessários à operação e funcionamento das Unidades e serviços contratados, visando o atendimento, a integralidade e a multidisciplinaridade da atenção de acordo com os padrões, diretrizes e protocolos assistenciais, buscando atingir os objetivos, a seguir:

MISSÃO:

Promover Saúde pública com eficiência do setor privado.

VISÃO

Ser modelo e referência em gestão de serviços de saúde no terceiro setor.

VALORES

Transparência

Resolutividade

Lealdade

Integridade

Compromisso

Ética

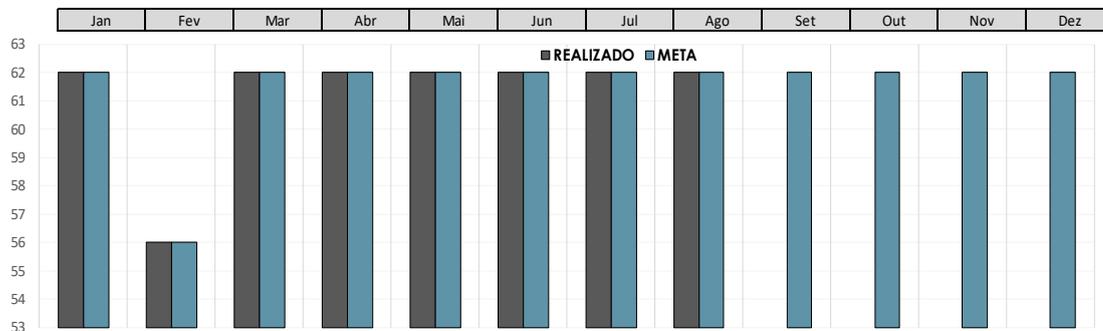
1. OBJETIVO

- ✓ Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor, com equipe técnica qualificada para atuação no atendimento de usuários do SUS, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações;
- ✓ Promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;
- ✓ Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos e cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
- ✓ Estabelecer rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva dos meios telefônicos e virtuais;
- ✓ Atender os pressupostos e princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização, serão observados, assim como, os princípios da acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, responsabilização e humanização;
- ✓ Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme o Contrato de Referência;
- ✓ Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, através da integração sistemas de informação nos níveis primário e secundário;
- ✓ Eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- ✓ Maior agilidade para operacionalização dos serviços;
- ✓ Dotação de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para melhoria do gerenciamento dos serviços;
- ✓ Utilização dos recursos de forma mais racional, visando à redução de custos;
- ✓ Priorização da avaliação por resultados.

1. RECURSOS HUMANOS

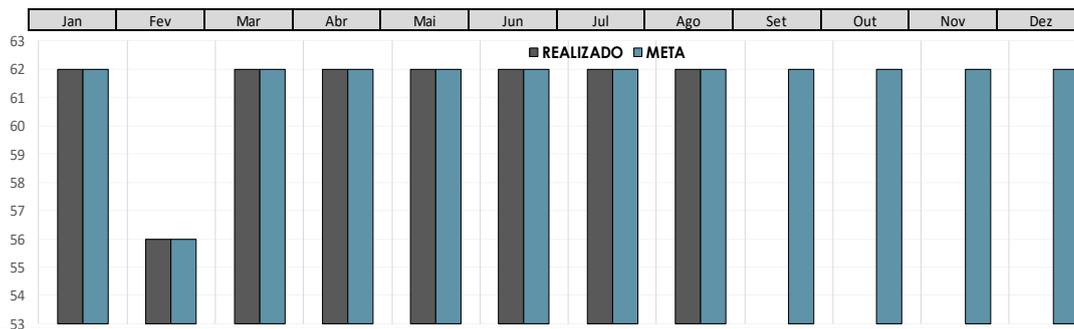
Equipe Médica – Plantonistas diurno e noturnos por especialidade – 12 Horas

Plantões diurnos



PLANTÕES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
REALIZADO	62	56	62	62	62	62	62	62	0	0	0	0
META	62	56	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%

Plantões noturnos



PLANTÕES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
REALIZADO	62	56	62	62	62	62	62	62	0	0	0	0
META	62	56	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%

Análise Crítica: Durante o mês de agosto de 2022, mantivemos 100% do quadro de médicos plantonistas na unidade.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

1. Metas Quantitativas

Nº 01

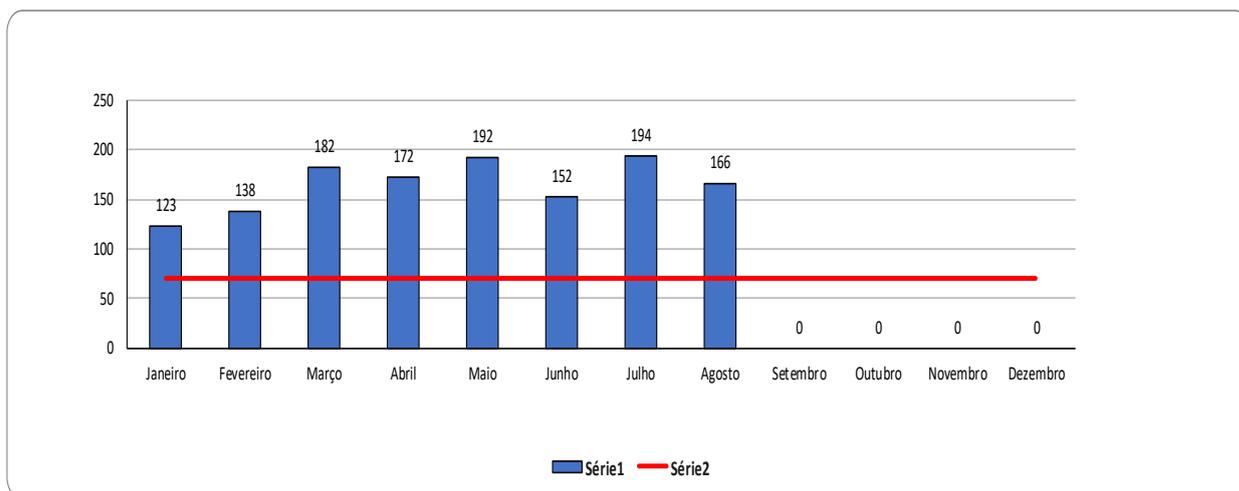
Indicador: 70 Atendimentos

Descrição: Número de pacientes recebidos no pronto socorro/solicitações da CRUE/CROSS Central de Regulação de Urgência/Emergência e demanda espontânea.

Fórmula: número total de atendimento

2.1. ATENDIMENTOS - SALA DE EMERGÊNCIA

	Média 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total	Média 2022
Realizado	111,67	123	138	182	172	192	152	194	166					1319	164,875
Meta	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	840	70
Perc.	160%	176%	197%	260%	246%	274%	217%	277%	237%						



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.No mês de Agosto foram executados 166 atendimentos, o resultado foi acima da meta estabelecida de 70 atendimentos.

Fonte: RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS PERÍODO DE 01/08/2022 à 31/08/2022 - PRONTO SOCORRO REFERENCIADO / HRA.



Nº 02

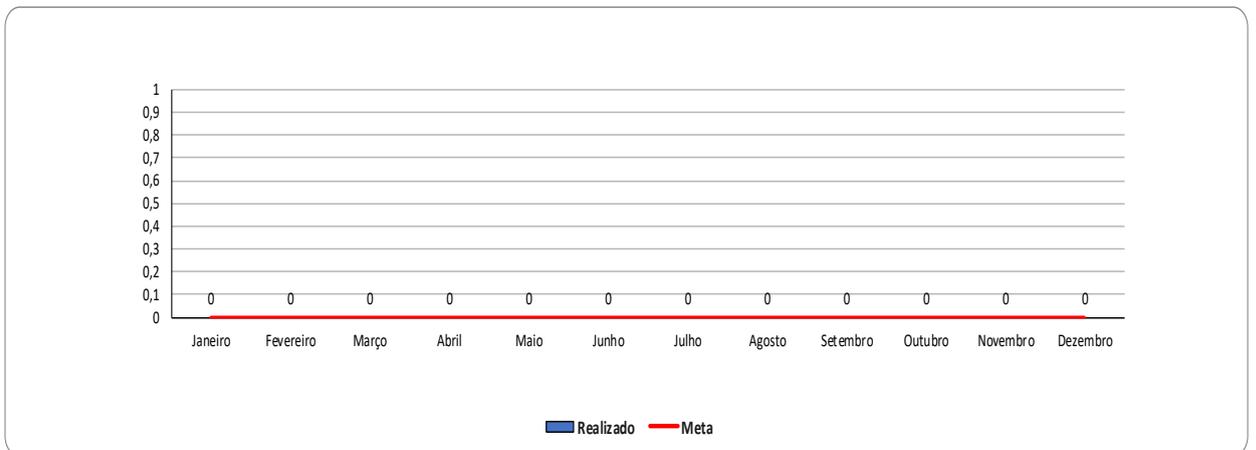
Indicador: Queixa na ouvidoria

Descrição: Percentual queixas recebidas em relação ao número de atendimento no pronto socorro/solicitações da CRUE/CROSS Central de Regulação de Urgência/Emergência.

Fórmula: nº queixas / atendimento no pronto socorro

2.2. Queixas na ouvidoria

	Meta 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total	Média 2022
Realizado	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0	0
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Perc.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%						



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. No mês de Agosto o percentual foi de 0%, relação entre o número de manifestões (0) e o número de atendimentos (166).
Fonte: Ofícios entregues pela Diretoria/Ouvidoria.

METAS QUALITATIVAS

Nº 01

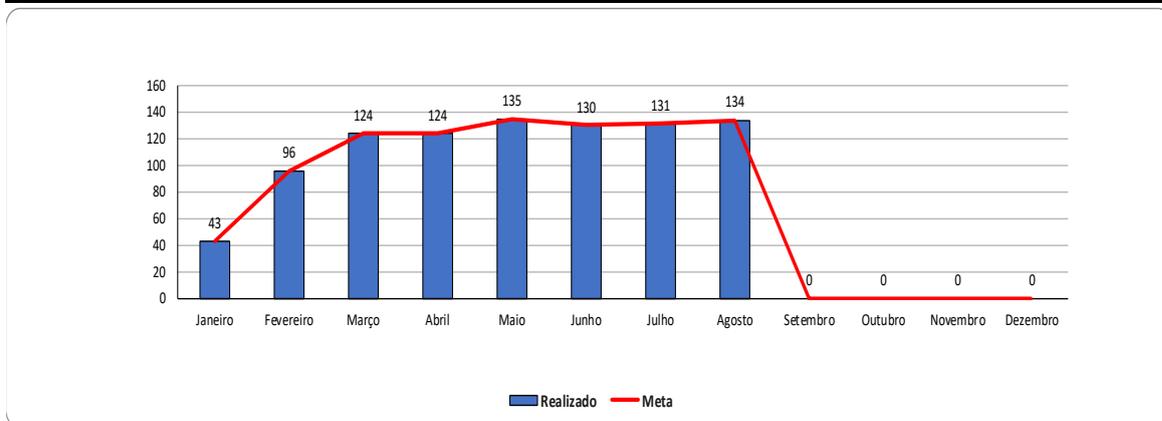
Indicador: Número de pacientes recebidos no pronto socorro

Descrição: É o número de pacientes recebidos através de solicitações da CRUE/CROSS Central de Regulação.

Fórmula: Número de atendimentos solicitados pelo CRUE/CROSS Central de Regulação

3.1. Número de pacientes recebidos /solicitações da CRUE/CROSS Central de Regulação

	Média 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total	Média 2022
Realizado	78	43	96	124	124	135	130	131	134					917	115
Meta	78	43	96	124	124	135	130	131	134					917	115
Perc.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%						100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. No mês de Agosto 134 solicitações realizadas pela CRUE/CROSS tivemos 100% de aceitação.

Fonte: RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS PERÍODO DE 01/08/2022 a 31/08/2022 - PRONTO SOCORRO REFERENCIADO / HRA



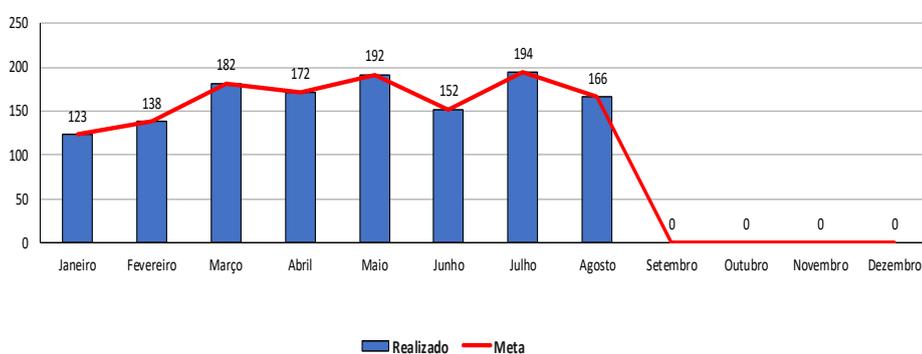
Nº 02

Indicador: Atendimento ininterrupto

Descrição: Garantir atendimento ininterrupto

3.2. Garantir atendimento ininterrupto

	Média 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total	Média 2022
Realizado	111,58	123	138	182	172	192	152	194	166					1319	164,875
Meta	111,58	123	138	182	172	192	152	194	166					1319	164,875
Perc.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%						800%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. No mês de Agosto foram executados 166 atendimentos, conforme revezamento de escala afim de não prejudicar a assistência.
Fonte: RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS PERÍODO DE 01/08/2022 à 31/08/2022 - PRONTO SOCORRO REFERENCIADO / HRA.

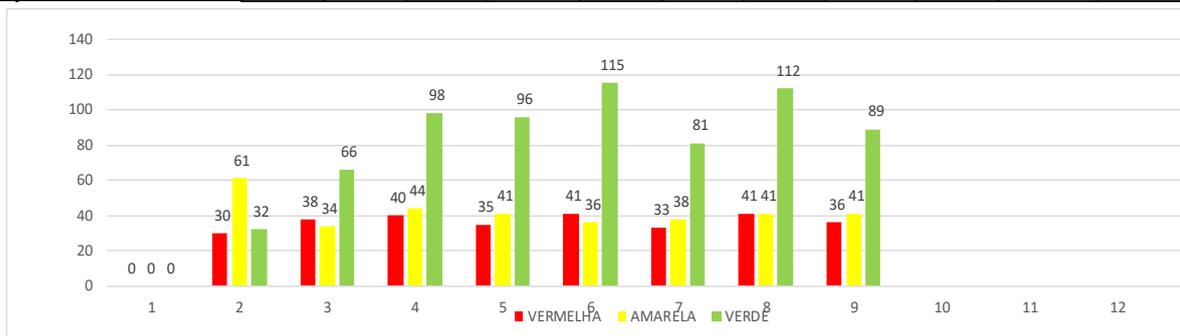
Nº 03

Indicador: Tempo de Espera

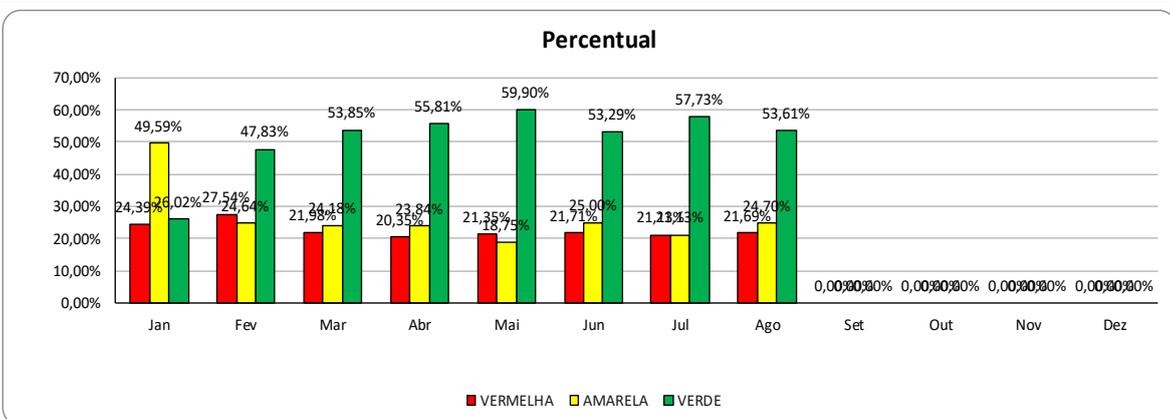
Descrição: Relação ao tempo de espera entre a chegada do paciente e o atendimento médico.

3.3. Tempo de espera

Classificação	Classificação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
VERMELHA	VERMELHA	30	38	40	35	41	33	41	36				
AMARELA	AMARELA	61	34	44	41	36	38	41	41				
VERDE	VERDE	32	66	98	96	115	81	112	89				
Quantidade	Quantidade	123	138	182	172	192	152	194	166	-	-		



Classificação	Classificação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
VERMELHA	VERMELHA	24,39%	27,54%	21,98%	20,35%	21,35%	21,71%	21,13%	21,69%				
AMARELA	AMARELA	49,59%	24,64%	24,18%	23,84%	18,75%	25,00%	21,13%	24,70%				
VERDE	VERDE	26,02%	47,83%	53,85%	55,81%	59,90%	53,29%	57,73%	53,61%				
PERCENTUAL	PERCENTUAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%				



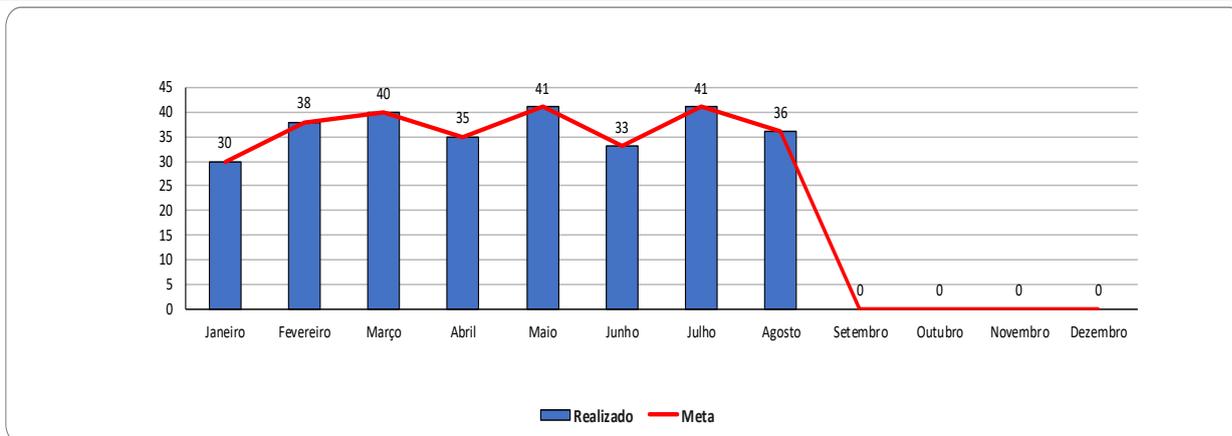
Nº 04

Indicador: Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO

Descrição: Número de atendimento imediato conforme classificação exigida

3.4. Atendimento RISCO VERMELHO

	Média 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total	Média 2022
Realizado	33,92	30	38	40	35	41	33	41	36					294	36,75
Meta	33,92	30	38	40	35	41	33	41	36					294	36,75
Perc.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%					800%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. No mês de Agosto tivemos em relação ao tempo de espera entre a chegada do paciente e o atendimento médico 100% dos 36 atendimentos ocorreram imediatamente conforme a classificação de risco exigida.

Fonte: RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS PERÍODO DE 01/08/2022 à 31/08/2022 - PRONTO SOCORRO REFERENCIADO / HRA

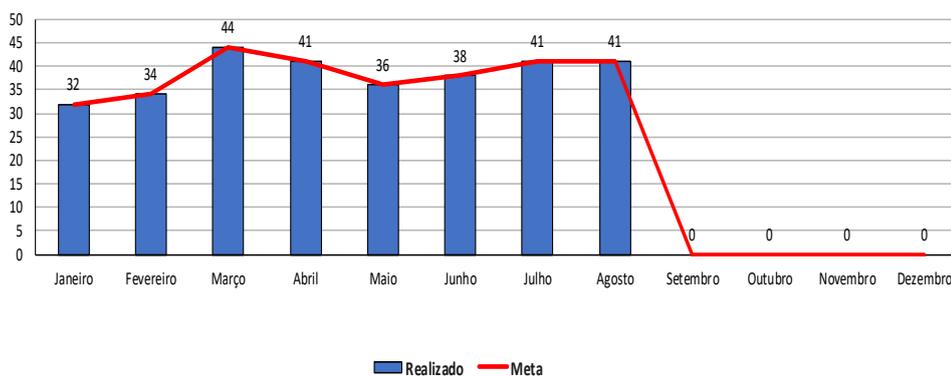
Nº 05

Indicador: Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO

Descrição: Número de atendimento imediato conforme classificação exigido

3.5. Atendimento RISCO AMARELO

	Média 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total	Média 2022
Realizado	34,33	32	34	44	41	36	38	41	41					307	38,375
Meta	34,33	32	34	44	41	36	38	41	41					307	38,375
Perc.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%					800%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. No mês de Agosto em relação ao tempo de espera entre a chegada do paciente e o atendimento médico 100% dos 41 atendimentos ocorreram dentro do tempo estimado conforme a classificação de risco exigida.

Fonte: RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS PERÍODO DE 01/08/2022 à 31/08/2022 - PRONTO SOCORRO REFERENCIADO / HRA

Nº 06

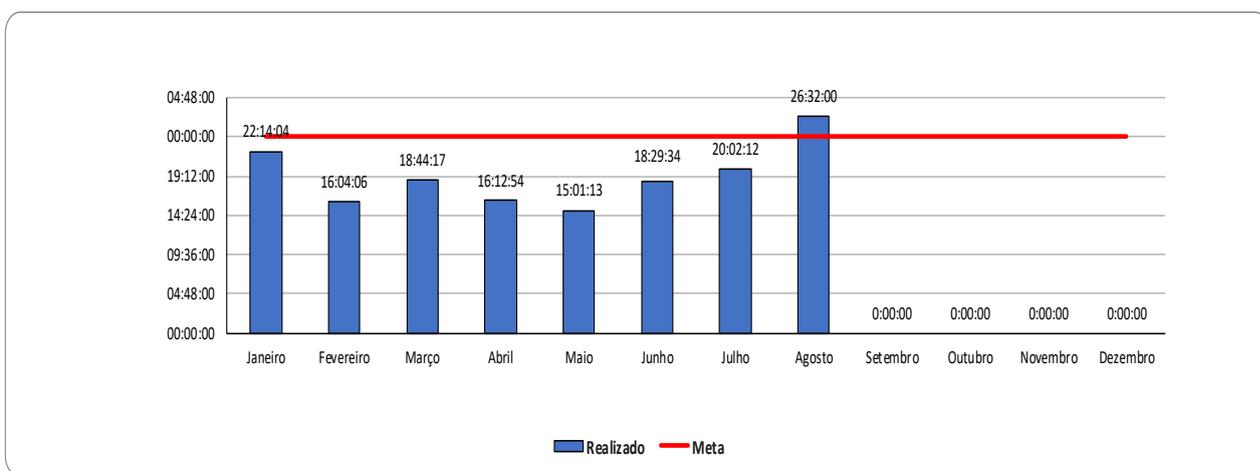
Indicador: Tempo máximo de permanência na unidade - Leitos de Observação sem justificativa

Descrição: controle e melhoria na rotatividade de leitos na Observação

Fórmula: Número de dispensas > 24 horas/número total de dispensas na Observação.

3.6. Tempo máximo de permanência na unidade - Leitos de Observação sem justificativa/ META < 24 horas

	Média 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembr	Dezembro	Total	Média 2022
Realizado	23:58:31	22:14:04	16:04:06	18:44:17	16:12:54	15:01:13	18:29:34	20:02:12	26:32:00					153:20:20	19:10:03
Meta	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00	23:59:00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada, devido a falta de leitos na Clínica Médica e demora nas transferências via Cross não conseguimos manter a meta estabelecida.

Fonte: RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS PERÍODO DE 01/08/2022 à 31/08/2022 - PRONTO SOCORRO REFERENCIADO / HRA

Nº 07

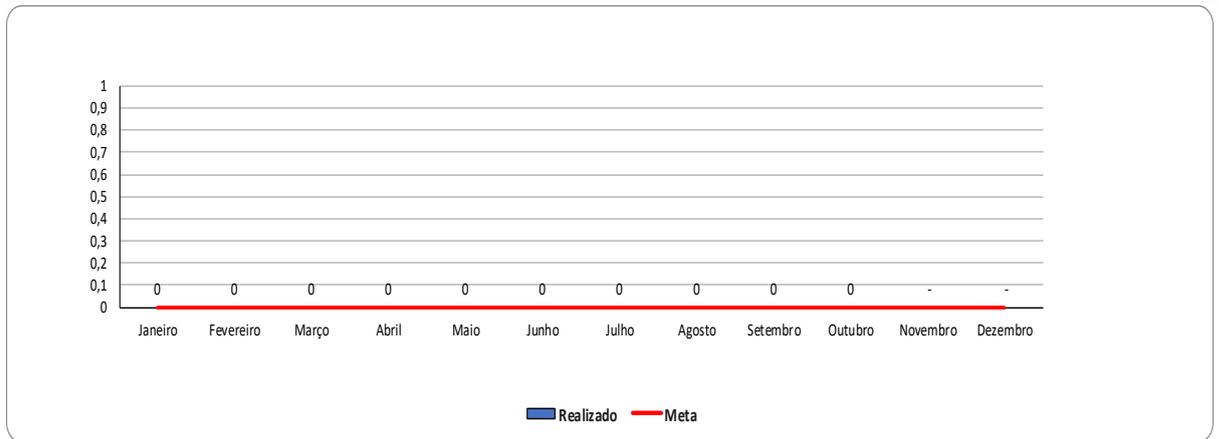
Indicador: Extubação acidental

Descrição: controle no número de ocorrência e danos causados por esses eventos

Fórmula: Número de Extubação acidental / número de pacientes entubados.

3.7 .Extubação acidental

	Média 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembr	Outubro	Novembr	Dezembro	Total	Média 2022
Realizado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Perc.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%					0%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.No mês de Agosto percentual foi de 0%, relação entre o número de incidências (0) e o número de atendimentos (166).

Nº 08

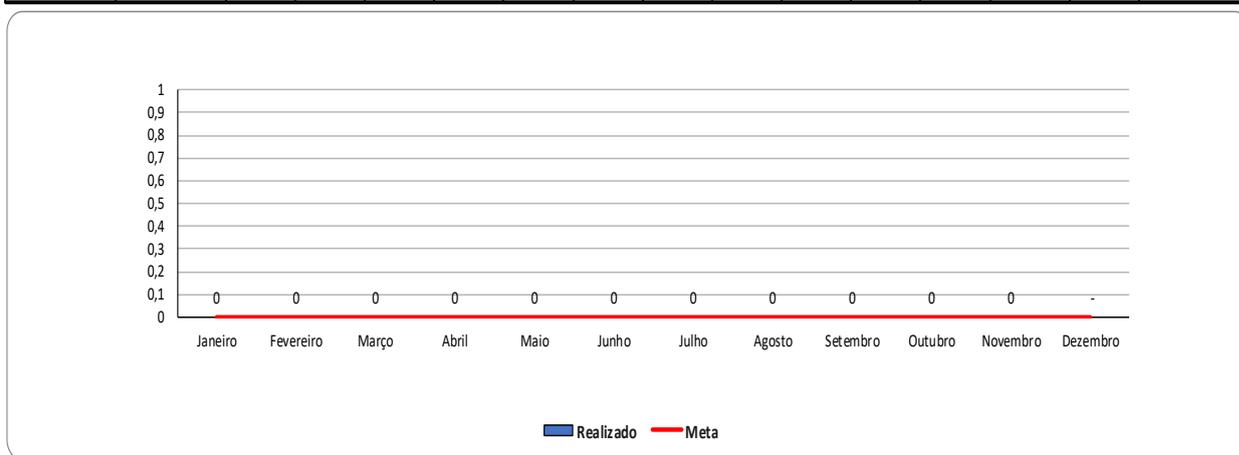
Indicador: Incidência de flebite

Descrição: controle no número de ocorrência e danos causados por esses eventos

Fórmula: Nº de flebite / Nº de pacientes com acesso venoso.

3.8. Incidência de flebite

	Média 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total	Média 2022
Realizado	0	0	0	0	0	0	0	0	0					-	-
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Perc.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%					0%	0%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. No mês de Agosto percentual foi de 0%, relação entre o número de incidências (0) e o número de atendimentos (166).

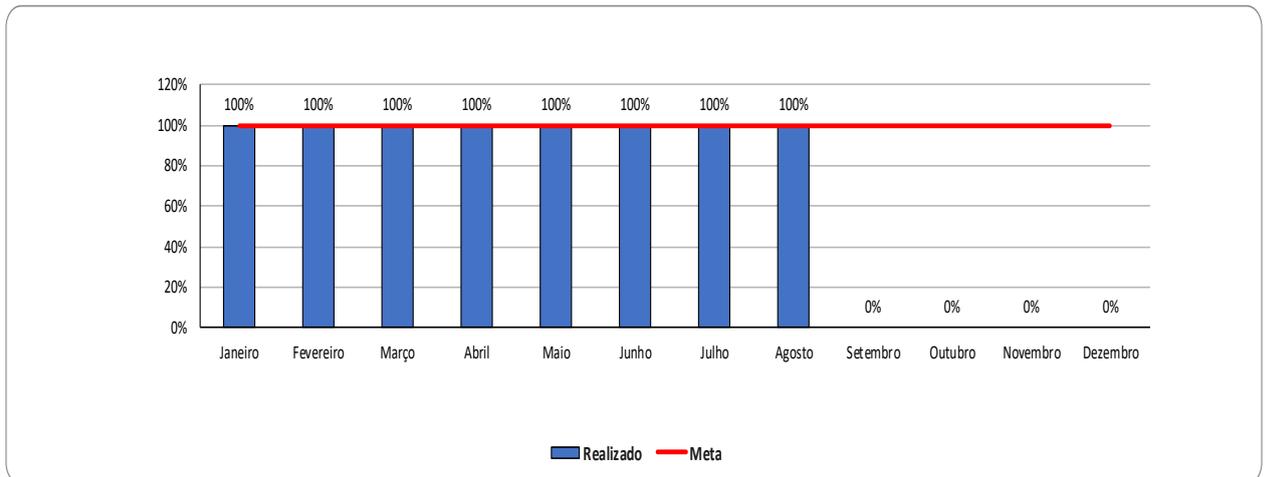
Nº 09

Indicador: Adesão aos Protocolos Clínicos

Descrição: Padronizar as condutas médicas.

3.9. Adesão ao protocolos clínicos

	Média 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total	Média 2022
Realizado	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%					800%	100%
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. No mês de Agosto 100% de adesão aos protocolos

Fonte: Sistema de Informação HRA.

Nº 10

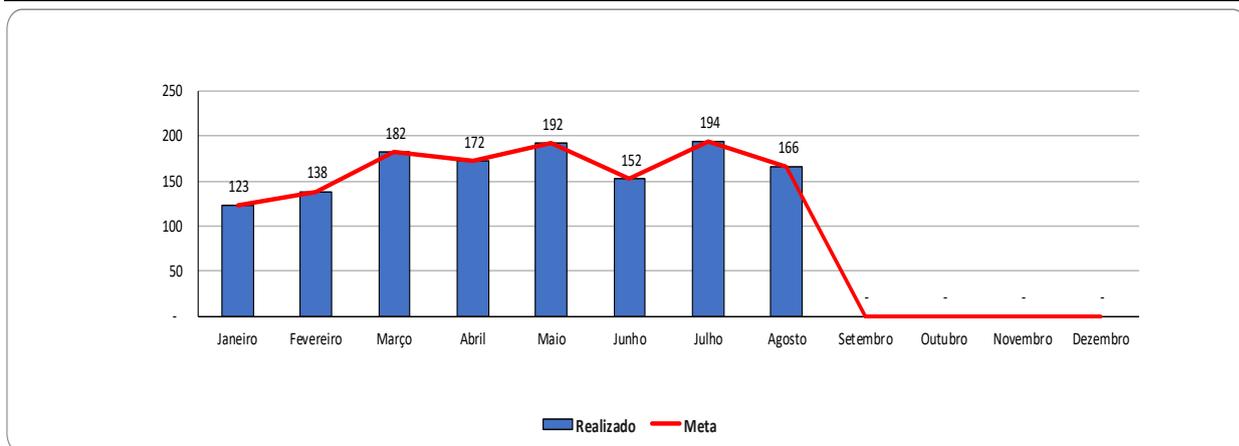
Indicador: Preenchimento dos prontuários pelos médicos

Descrição: controle e revisão de prontuários para garantir a qualidade da assistência e facilidade da recuperação de informações

Fórmula: Número de prontuários em conformidade

3.10.Preenchimento dos prontuários pelos médicos

	Média 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total	Média 2022
Realizado	111,58	123	138	182	172	192	152	194	166					1.319	165
Meta	111,58	123	138	182	172	192	152	194	166					1.319	165
Perc.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%					800%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. 100% dos Prontuários montados, revisados e encaminhados completos para o faturamento.

Fonte: Sistema de Informação HRA.

Nº 11

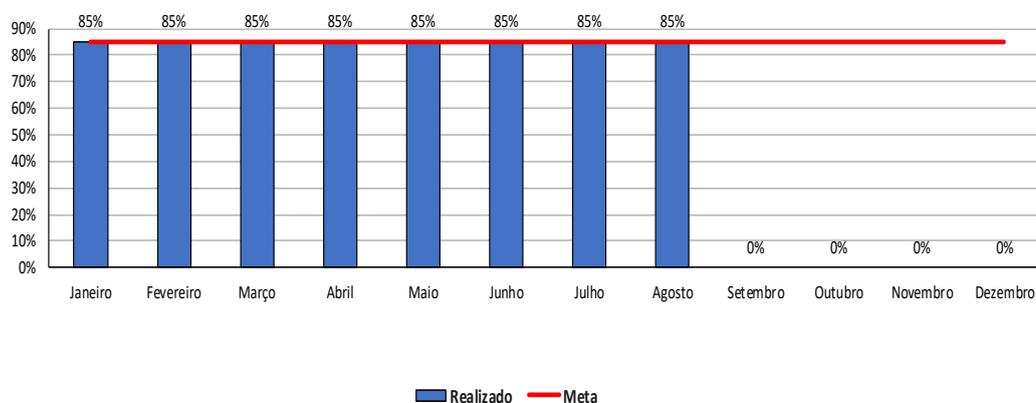
Indicador: Pesquisa de satisfação do usuário com resultado ótimo/bom

Descrição: controle de realização de pesquisa para garantir atendimento qualificado e de excelência aos usuários

Fórmula: Nº de ótimo e bom/nº de atendimento

3.11. Pesquisa de satisfação do usuário com resultado ótimo/bom

	Média 2021	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	total	Média 2022
Realizado	8500%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%					680%	85%
Meta	8500%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. No mês de Agosto o resultado de satisfação conforme dados apurados pela Ouvidoria foi de 85% no mínimo.

Fonte: Ofícios entregues pela Diretoria/Ouvidoria.

Nº12
RESUMO - Indicadores de Qualidade e Desempenho

RESUMO DE INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO			
INDICADOR	META	PONTUAÇÃO	ago/22
Percentual de pacientes recebidos no pronto socorro/solicitações da CRUE/CROSS Central de Regulação de Urgência e Emergência	100%	40%	100%
Garantir Atendimento Ininterrupto	100%	10%	100%
Tempo estimado para atendimento RISCO VERMELHO	Imediato	5%	Imediato
Tempo estimado para atendimento RISCO AMARELO	≤30 minutos	5%	≤30 minutos
Tempo máximo de permanência na unidade - Leitos de Observação sem justificativa	≤24 horas	5%	26:32:00
Extubação acidental	0%	5%	0
Incidência de flebite	0%	5%	0
Adesão aos Protocolos Clínicos	100%	10%	100%
Pesquisa de satisfação do usuário com resultado ótimo/bom	≤ 85%	5%	≤ 85%
Preenchimento dos prontuários pelos médicos	100%	5%	100%
Queixas na ouvidoria	≤ 1%	5%	≤ 1%
TOTAL		100%	95%

Análise Crítica: Realizado 95% dos indicadores previsto em Contrato de Gestão. Referente ao indicador de tempo máximo de permanência na unidade – leitos de observação sem justificativa, foi ultrapassado 02h32, devido indisponibilidade de leitos para transferência interna e externa (CROSS).