



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|--|---------------|------------------|-----------|--|
| 1 | A01. CNES Atualizado | PERTINENTE | 3,00 | 3,00 | Os documentos relatando as alterações no CNES foram anexados com as devidas atualizações, sendo todas referentes à RH. As Fichas do CNES foram atualizadas nas seguintes datas: 26 / 05 / 2016, 25 / 06 / 2016, porém no mês de Junho a atualização realizada pelo gestor foi no último dia do mês de referência (30 / 06 / 2016). Ficha do CNES foi anexado com atualização em 30 / 06 / 2016, conforme protocolos anexados. Todos os documentos estão devidamente assinados e carimbados em papel timbrado. |
| 2 | A02.1. CID Secundário Informado - Pediatria | PERTINENTE | 1,00 | 0,00 | Durante o período avaliado foram apresentadas 254 AIHs, das quais 31 AIHs possuem CID secundário, o que representa 12,20%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. A Instituição vem conversando com o Corpo Clínico sobre esse indicador, reforçando a importância do mesmo, tendo em vista que o não cumprimento do indicador poderá acarretar impacto financeiro. |
| 3 | A02.2. CID Secundário Informado - Obstetrícia | PERTINENTE | 1,00 | 0,00 | Durante o período avaliado foram apresentadas 865 AIHs, das quais 0 AIH possuem CID secundário, o que representa 0%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. A Instituição vem conversando com o Corpo Clínico sobre esse indicador, reforçando a importância do mesmo, tendo em vista que o não cumprimento do indicador poderá acarretar impacto financeiro. A instituição comunicou que a partir de Julho / 2016 realizou outras ações institucionais visando atender o indicador. |
| 4 | A02.3. CID Secundário Informado - Clínica Médica | PERTINENTE | 1,00 | 0,00 | Durante o período avaliado foram apresentadas 1.177 AIHs, das quais 250 AIHs possuem CID secundário, o que representa 21,24%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. A Instituição vem conversando com o Corpo Clínico sobre esse indicador, reforçando a importância do mesmo, tendo em vista que o não cumprimento do indicador poderá acarretar impacto financeiro. |
| 5 | A02.4. CID Secundário Informado - Clínica Cirúrgica | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | Durante o período avaliado foram apresentadas 1.211 AIHs, das quais 421 AIHs possuem CID secundário, o que representa 34,76%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. |
| 6 | A03. Atualização do Módulo Pré-Hospitalar, do Portal CROSS | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Durante o período avaliado das 182 atualizações esperadas a instituição realizou 180, atingindo um percentual de 98,90% atualizações no módulo pré hospitalar alcançando o score 5. |
| 7 | A04. Atendimento de Urgência/Emergência Referenciado na Central de Regulação de Urgências | PERTINENTE | 5,00 | 0,00 | Durante o período avaliado das 508 solicitações, foram respondidas em até uma hora 241, o que representa 47,44% de solicitações atendidas no tempo estipulado. A CROSS disponibilizou relatórios para melhor acompanhamento do indicador, mas a Comissão entende que falta clareza ainda nos dados anexados, pois ao avaliar alguns números de ficha (1027797) vemos que o mesmo se repete por inúmeras vezes, inclusive no mesmo horário de abertura. A instituição destaca que a maior parte das vagas negadas são referentes à UTI e de municípios que estão fora de nossa RRAS. A Comissão ressalta que foi realizado um acordo com Dr. Napoli, para realização de regulação virtual, e está também impacta no tempo de resposta, além da segunda referência que ainda não está disponível no sistema. |
| 8 | A05. Atualização Diária do Módulo de Regulação de Leitos, do Portal CROSS | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Durante o período avaliado a instituição realizou 2120 atualizações, sendo que o esperado eram 2173, atingindo um percentual de 97,56%, alcançando o score 5. A CROSS não disponibilizou relatórios para melhor acompanhamento do indicador apesar da Comissão estar solicitando. |
| 9 | A06. Atualização Diária da Recepção dos Pacientes Agendados, no Módulo de Regulação Ambulatorial do Portal CROSS | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | A instituição anexou no Portal CROSS as planilhas de custos segundo modelo da Planisa referente ao ano de 2015, descrita mensalmente e setorialmente, devidamente identificadas e assinadas. |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|---------------|------------------|-----------|---|
| 10 A07. Disponibilização Mensal da Agenda, no Módulo de Regulação Ambulatorial do Portal CROSS | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Durante o período avaliado a instituição disponibilizou 16351 consultas / exames, no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS e destas 17532 foram dentro do prazo estipulado, o que representa 93,26%, ou seja, 05 pontos no score. O gestor municipal informa que nos meses de abril e maio as agendas foram disponibilizadas dentro do prazo estipulado, porém agendas extras foram criadas após este prazo devido a uma necessidade da região de saúde. |
| 11 A08. Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A Instituição anexou no Portal CROSS estatística mensal através de gráfico por classificação de risco, bem como o seu Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco implantado, devidamente carimbado e assinado. Mensalmente toda a última segunda-feira do mês é feito uma reunião entre o gestor municipal e os NIRS da Santa Casa e Hospital Escola para a avaliação da pertinência dos casos. |
| 12 A09. Alta Hospitalar Qualificada | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | No trimestre avaliado a Instituição anexou todos os protocolos assinados e carimbados. Apresentou Relatório de Alta Qualificada de Hipertensão, Protocolo Operacional Padrão (POP)-Alta qualificada para pacientes com Hipertensão e Diabetes, POP de alta qualificada para paciente materno Infantil com ênfase na gestante, puérpera e recém nascido de risco, POP-Pré alta de pacientes com sequelas graves (AVC, TCE, Choque Elétrico, politraumatizado entre outros) , POP-Atendimento a vítima de abuso sexual). Todos os documentos estão carimbados e assinados. A instituição vem realizando movimento de discussão tanto interna quanto externamente de forma a rever e redefinir fluxos para contra-referenciamento do usuário para a rede municipal e micro-regional de saúde, visando atender os novos parâmetros de definição do indicador conforme proposto pelo Núcleo Técnico de Humanização |
| 13 A10. Custos Por Absorção | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Foram anexados os relatórios de Monitoramento do Articulador de Humanização do DRS, onde consta a evolução da implantação / implementação das ações em consonância com a Política Estadual de Humanização. Informamos que os relatórios estão devidamente identificados e assinados. Destaca-se que à partir de maio novos documentos foram anexados juntamente com o relatório do articulador. |
| 14 A11. Política Estadual de Humanização | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Foram anexados os relatórios de Monitoramento do Articulador de Humanização do DRS, onde consta a evolução da implantação / implementação das ações em consonância com a Política Estadual de Humanização. Informamos que os relatórios estão devidamente identificados e assinados. Destaca-se que à partir de maio novos documentos foram anexados juntamente com o relatório do articulador. |
| 15 A12. Apresentação das Contas Hospitalares no Mês Imediato ao do Encerramento da AIH (alta hospitalar) | PERTINENTE | 3,00 | 0,00 | No período avaliado das 3513 AIHs apresentadas nenhuma corresponde ao mês imediato à internação, o que representa um percentual de 0%. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais. A instituição alega que devido a mudança no Sistema Operacional da Instituição a Santa Casa de São Carlos não tem conseguido apresentar a produção real no faturamento SUS. Está ocorrendo força tarefa na Instituição para solucionar esse problema. A instituição informa que provavelmente na próxima avaliação o quadro será revertido. |
| 16 A13. Apresentação das Contas Ambulatoriais no Mês Imediato a Realização do Procedimento (APAC) | PERTINENTE | 3,00 | 3,00 | No período avaliado das 3.142 apresentadas, 3.122 APACs correspondem ao mês imediato a realização do procedimento, o que representa um percentual de 99,36%. Cabe destacar que todos os relatórios estão devidamente identificados. |
| 17 A14. Caracterização correta da Internação: Urgência (Caráter 2 à 6) / Eletiva (Caráter 1) por amostragem | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Das 3210 AIHs apresentadas 3121 foram caracterizadas corretamente, sendo 97,23%. Alcançando score 03. Todos os documentos estão carimbados e assinados devidamente. |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|---------------|------------------|-----------|---|
| 18 A15.1. Comissões - Ética Médica | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | A Instituição anexou relatório contando as pautas discutidas no período avaliado, bem como cronograma anual, sendo que a mesma reuniu-se em: 27 / 04 / 2016, 08 / 05 / 2016 e 08 / 06 / 2016. Destaca-se dessa forma, que a Instituição cumpriu com o exigido no indicador, demonstrando que a Comissão é atuante. Referente o indicador |
| 19 A15.2. Comissões - Controle de Infecção Hospitalar | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | A Instituição anexou as ATAS do mês de abril e junho, quando ocorreu reunião do CIH, no mês de maio não foi realizada reunião, mas foi anexado os dados de infecção hospitalar. Destaca-se dessa forma, que a Instituição cumpriu com o exigido no indicador, demonstrando que a Comissão é atuante. |
| 20 A15.3. Comissões - Óbito | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | Foi apresentada cópia do livro Ata da Comissão de Óbito, das reuniões realizadas em 29 / 04 / 2016 (ata, cronograma de reunião e regimento interno), 31 / 05 / 2016 e 30 / 06 / 2016. As atas estão devidamente assinadas e carimbadas, entretanto, ressalta-se a necessidade de aprimorar a escrita de forma legível. |
| 21 A15.4. Comissões - Prontuários | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | No mês de abril anexou ata, mas sem data de realização, e cronograma de reuniões, nos meses de maio e junho anexou datado, carimbado e com cronograma. Sendo que as reuniões ocorreram nos dias 18 / 05 / 2016 e 15 / 06 / 2016. Destaca-se a necessidade de aprimorar a escrita de forma legível. |
| 22 A16. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Hospital cumpriu com 100% da meta do envio dos indicadores. Parabéns!!! |
| 23 A17. Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com múltiplas vítimas | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição inseriu no sistema o Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com múltiplas vítimas nos três meses contemplando eventos externos e internos, revisado em fevereiro de 2016, com validade até março de 2017. |
| 24 A18.1. Licença de Alvará - VISA | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | A instituição anexou alvará renovado. |
| 25 A18.2. Licença de Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB | PERTINENTE | 1,00 | 0,00 | Embora a instituição não possuir AVCB, realidade esta da maioria das Santas Casas, que estão sediadas em prédios antigos? a Comissão de Monitoramento orientou a mesma sobre a necessidade de se adequar pensando sempre na segurança dos pacientes e seus colaboradores. A Instituição informou que está desenvolvendo projeto em função de reformas e adequações nas diversas áreas, visando nova vistoria do Corpo de Bombeiros. Cabe destacar que a Comissão apesar de não pontuar tal indicador considera que tais argumentos demonstram uma ação pró ativa da Instituição para se adequar às exigências legais. |
| 26 A19. Taxa de Suspensão de Cirurgia por Motivos Administrativos | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | No período avaliado foram agendadas 1906 cirurgias, 71 cirurgias foram canceladas por motivos administrativos, o que corresponde a 3,73%. Cabe destacar que a instituição entende como sendo motivos administrativos os cancelamentos por: erro de agendamento, falta de material e erro operacional. Orientado instituição que precisa detalhar a justificativa para melhor análise do indicador |
| 27 A20. Taxa de Recusa de Solicitações da Central de Regulação de Urgências | PERTINENTE | 5,00 | 0,00 | Ao analisar os dados emitidos pela CROSS observa-se que a instituição apresenta alto índice de recusa na solicitação da Central de Regulação de Urgências. No período avaliado das 508 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 445, o que representa um percentual de recusa de 87,60% no período avaliado. Entretanto, temos que levar em consideração a capacidade operacional da Santa Casa, visto que estão sendo encaminhadas inúmeras solicitações de outras DRs. Destaca-se que o número de reinserções do mesmo paciente gera impacto significativo no indicador, motivo pelo qual esta Comissão solicita relatórios mais detalhados por parte da CROSS. |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|--|----------------|------------------|-----------|---|
| 28 | A21. Percentual de Vaga Zero Recebidas pela Central de Regulação de Urgência | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Durante o período avaliado das 133 solicitações da Central de urgência, 4 foram vaga zero, correspondendo a 3,01%. A Instituição e Gestão Municipal questionam o denominador apontado pela CROSS por entenderem que no A20, o total de solicitações deveria ser o mesmo que este apesar de denominação diferente. Cabe destacar que o denominador do indicador é referente ao número de fichas, e não de solicitações, visto que a mesma ficha pode ser solicitada várias vezes, dependendo da resposta da Instituição, motivo pelo qual difere do denominador do indicador acima citado. Por isso, ressalta-se a necessidade de qualificação da comissão para interpretação dos dados. |
| 29 | A22. Educação Permanente - Capacitações e Treinamentos | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição anexou listas de presença dos treinamentos realizados no período avaliado, contendo os temas abordados. Foram anexados treinamentos de Educação Continuada e Educação Permanente. Sendo reforçado a necessidade da instituição manter a abordagem dos temas relevantes para o processo do trabalho. |
| 30 | A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC) | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | No período avaliado foi anexado mensalmente a declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2015. |
| 31 | A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG) | NÃO PERTINENTE | 2,00 | 0,00 | No período avaliado foi anexado mensalmente a declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2015. |
| 32 | A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG) | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | No período avaliado foi anexado mensalmente a declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2015. |
| 33 | A24. Relação de Enfermeiros por Leitos | NÃO PERTINENTE | 2,00 | 0,00 | No período avaliado, segundo dados apresentados pela instituição, a relação de enfermeiros ligados à assistência por leitos foi de: 0,16 nos meses de abril e maio e 0,43 no mês de junho. Destacamos que a instituição inseriu apenas dados SUS, que não condiz com o CNES, base de dados utilizada para cálculo deste indicador. Todos os relatórios estão devidamente identificados. A Santa Casa informa que dos 334 leitos existentes no CNES, 110 possuem contrato de arrendamento com empresa privada de saúde, sendo que toda a gestão dos leitos e equipe de enfermagem cabe a empresa. Destacamos que de acordo com o CNES, os enfermeiros que constam são somente os que prestam assistência SUS, referente a 210 leitos SUS. Quando avaliado os 334 leitos existentes, e 91 enfermeiros, totaliza-se relação de 0,27 enfermeiros por leito. |

SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|--|----------------|------------------|-----------|--|
| 34 | B01. Taxa de Alcance da Produção Conveniada/Contratada | NÃO PERTINENTE | 3,00 | 0,00 | Destacamos que os dados inseridos no sistema, bem como seus anexos, foram interpretados de maneira equivocada pelo gestor, onde se comprometeu após orientação fazer a análise através do físico e também por sub-grupo. O prestador considera que o fator absenteísmo pode interferir no alcance da meta, devendo o gestor / instituição tomar providências quanto a este problema. Segue os dados corretos: Abril: Quantidade pactuada do agrupamen 44, Produção relativa ao agrupamen 15, que corresponde: 34,09%. Maio: Quantidade pactuada do agrupamen 44, Produção relativa ao agrupamen 11, que corresponde: 25%. Junho: Quantidade pactuada do agrupamen 44, Produção relativa ao agrupamen 17, que corresponde: 38,63%. No período avaliado a Instituição obteve 32,57% de alcance da produção conveniada. |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|--|----------------|------------------|---------------|--|
| 35 | B02. Taxa de Ocupação (leitos SUS, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica) | PERTINENTE | 3,00 | 2,00 | A instituição apresentou os anexos com o total de 7.984 paciente / dia e 10.856 leitos / dia, que corresponde a 73,54% de ocupação das referidas clínicas. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados. |
| 36 | B03. Taxa de Ocupação de Leitos de Terapia Intensiva - Adulto | PERTINENTE | 3,00 | 3,00 | A instituição apresentou os anexos com o total de 1.371 pacientes / dia e 1.380 leitos / dia, que corresponde a 99,35% de ocupação de leitos de Terapia Intensiva. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados. |
| 37 | B04. Tempo Médio de Permanência - Especialidade Clínica | NÃO PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição apresentou os anexos com o total de 3.615 pacientes / dia e 1.603 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,26 dias de média de permanência na Especialidade Clínica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados. |
| 38 | B05. Tempo Médio de Permanência - Especialidade Clínica Cirúrgica | NÃO PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição apresentou os anexos com o total de 4369 pacientes / dia e 1632 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,68 dias de média de permanência na Especialidade Clínica Cirúrgica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados. |
| 39 | B06. Tempo Médio de Permanência - UTI Adulto | NÃO PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição apresentou os anexos com o total de 1371 pacientes / dia e 222 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 6,18 dias de média de permanência na UTI. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados. |
| 40 | B07. Taxa de Mortalidade Institucional | PERTINENTE | 2,00 | 0,00 | A instituição apresentou os anexos com o total de 185 óbitos e 2.913 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 6,35%. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados. |
| 41 | B08. Indicadores de Infecção Hospitalar | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Foram anexadas mensalmente as planilhas da CCIH encaminhadas para o GVE XII de Araraquara Constata-se que as planilhas anexadas estão devidamente identificadas. |
| 42 | B09. Incidência de Queda de Paciente | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição anexou os relatórios informando que de 13.241 pacientes / dia, ocorreram no período 07 quedas o que representa 0,05%. Apresentou relatório com análise descritiva e conduta adotada. |
| 43 | B10. Índice de Rotatividade | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | No trimestre avaliado o índice de rotatividade dos leitos SUS na Instituição foi de 4,6. Cabe destacar que os relatórios estão devidamente identificados. |
| 44 | B11. Índice de Uso de Sala Cirúrgica | NÃO PERTINENTE | 2,00 | 0,00 | A Instituição anexou os relatórios informando o índice de uso das salas cirúrgicas. Sendo que no período houve 1.788 cirurgias realizadas para um total de 1092 salas cirúrgicas / dia / período avaliado, o que representa um índice de uso de sala cirúrgica de 1,60. Cabe destacar que conforme informações do CNES a instituição conta com 12 salas cirúrgicas o que representa 1.092 salas cirúrgicas / dia / período avaliado. |
| TOTAL | | | 103,00 | 74,00 | |
| | | | | 71,84% | |

Observações da Comissão

Foi observado ao final da avaliação que os resultados calculados pelo sistema de vários indicadores não correspondiam ao score estabelecido pela Resolução SS nº 46, e foram alterados pela Comissão. Comissão considera o processo bastante enriquecedor que se comprova a cada avaliação, onde ocorre um aprendizado crescente.