



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 relatórios de alterações gerados pelo CNES foram anexados pela unidade, sendo que no mês de Abril a última atualização local ocorreu em 25/04/2019 e a nacional em 11/05/2019, no mês de Maio a atualização local ocorreu em 28/05/2019 e a nacional em 06/06/2019 e no mês de Junho a atualização local ocorreu 05/07/2019 e a nacional em 09/07/2019. Os relatórios gerados pela Instituição foram anexados no Portal CROSS, referente ao mês de Abril datado de 02/05/2019 informando que houve alterações no CNES referente a RH; referente ao mês de Maio datado de 31/05/2019 informando que houve alterações referente a RH, serviços e consta documento informando que considerando as recomendações da Equipe de auditoria do DRS III, estão encaminhando à SMS de São Carlos, solicitação de adequação de Equipamentos e referente ao mês de Junho datado em 02/07/2019 informando que houve alteração referente a Rh, inclusão e alteração de equipamentos e inclusão de serviços.
2	A02.1. CID secundário informado - Pediatria	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 333 AIHs, das quais 307 possuem CID secundário, o que representa 92,19%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. Cabe destacar na competência maio a Gestão anexou equivocadamente print dos sistemas de informações, e na avaliação apresentou os relatórios corretos devidamente assinados e carimbados que estão sendo anexados no indicador.
3	A02.2. CID secundário informado - Obstetrícia	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 564 AIHs, das quais 557 possuem CID secundário, o que representa 98,75%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. Cabe destacar na competência maio a Gestão anexou equivocadamente print dos sistemas de informações, e na avaliação apresentou os relatórios corretos devidamente assinados e carimbados que estão sendo anexados no indicador.
4	A02.3. CID secundário informado - Clínica Médica	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 1.320 AIHs, das quais 1.311 possuem CID secundário, o que representa 99,31%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. Cabe destacar na competência maio a Gestão anexou equivocadamente print dos sistemas de informações, e na avaliação apresentou os relatórios corretos devidamente assinados e carimbados que estão sendo anexados no indicador.
5	A02.4. CID secundário informado - Clínica Cirúrgica	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 1.597 AIHs, das quais 1.218 possuem CID secundário, o que representa 76,26%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. Cabe destacar na competência maio a Gestão anexou equivocadamente print dos sistemas de informações, e na avaliação apresentou os relatórios corretos devidamente assinados e carimbados que estão sendo anexados no indicador.
6	A03. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Pré-Hospitalar, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências	PERTINENTE	5,00	5,00	No trimestre avaliado foram realizadas 180 atualizações no Portal CROSS das 182 esperadas, atingindo o percentual de 98,90%.
7	A04. Atendimento de Urgência e Emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24hs, nos 07 dias da semana	PERTINENTE	5,00	2,00	No trimestre avaliado, das 1051 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência 897 foram respondidas em até 59 minutos e 59 segundos, o que representa um percentual de 85,34%. Alcançando 02 Pontos no Score.
8	A05. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo de Leitos ou Leitos com AIH, da ocupação dos leitos hospitalares	PERTINENTE	5,00	5,00	No trimestre avaliado o total de internações foi 1.329 sendo que 1.327 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 99,84%. Alcançando 05 Pontos no Score.
9	A06. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados	PERTINENTE	5,00	5,00	No trimestre avaliado o total de agendamento foi de 13.238, destes, 13.180 foram informados dentro do prazo, correspondendo a 99,56%. Alcançando 05 Pontos no Score.
10	A07. Disponibilização mensal da agenda, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial	PERTINENTE	5,00	5,00	Durante o período avaliado a instituição disponibilizou 19.267 consultas/exames no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS no prazo estabelecido, sendo que 19.792 foi o total de agendas disponibilizadas no período, o que representa 97,35%. Alcançando 05 Pontos no Score.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
11	A08. Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição anexou no portal o protocolo de ACCR elaborado em 05/2014, realizada revisão em 10/2018, gráficos com números e percentuais de atendimentos distribuídos segundo a Classificação de Risco e município de origem do paciente, com análise crítica referente aos atendimentos, considerando os equipamentos de urgência do município. Todos os relatórios estão carimbados e assinados. De acordo com os relatórios anexados no Portal CROSS. No período avaliado houve 14.983 atendimentos, sendo: 67 classificados como emergência (0,45%), 738 Muito Urgente (4,93%), 4.739 Urgente (31,63%), 8.032 Pouco urgente (53,61%), 1002 não urgente (6,69%) e 405 situações incompatíveis (2,70%). Observa-se que 37% dos atendimentos foram classificados como Emergência, Muito Urgente e Urgente e 63% classificados como Pouco urgente, não urgente e situações incompatíveis.
12	A09. Alta Hospitalar Responsável	PERTINENTE	2,00	2,00	Após verificação dos itens propostos para a avaliação deste indicador considerou-se que o Indicador A.9 ? Alta Responsável encontra-se ?implantado? Justificativa: A Equipe de Alta Responsável da Santa Casa de São Carlos demonstra importante empenho e dedicação em termos da revisão dos processos de trabalho da equipe hospitalar e dos seus processos de alta especificamente. A produção do cuidado e qualificação da assistência, em rede interna e externa, tem sido um dos desafios que a equipe tem enfrentado, no desenvolvimento de ações que viabilizem e efetivem esses processos. Observa-se entendimento e interesse da equipe multidisciplinar para o exercício de implementação e efetivação da Clínica Ampliada, elaboração e consolidação de Projeto Terapêutico Singular (PTS), Acolhimento processual do paciente, família e rede social e afetiva, desde sua entrada na instituição, no período de internação e de acordo com as visitas multidisciplinares, discussão de casos, elaboração do PTS, canais de escuta do usuário e pós-alta. Além disso, a Equipe de Alta conta com o apoio da alta Gestão, evidenciando o compromisso institucional da Alta Responsável e da continuidade do cuidado em rede. Entretanto, apesar dos esforços, há de se reconhecer também as complexidades e fragilidades próprias e territoriais, mediante o cenário em que está inserido, a área de abrangência para a qual a instituição é referência, considerando inclusive seu volume populacional. Portanto, estes aspectos impactam de sobremaneira e demandam estratégias conjuntas de toda Rede de Atenção à Saúde da região para garantir a continuidade do cuidado e que a produção do cuidado em rede possa se efetivar. A instituição vem apresentando resultados positivos na implementação do Indicador.
13	A10. Custos por Absorção	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição anexou no Portal relatório detalhando TODOS OS CUSTOS absorvidos, os relatórios contêm a relação dos principais procedimentos/ produtos e o custo de cada um deles e também apresentou as estatísticas de rateio em todos os meses.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
14 A11. Política Estadual de Humanização (PEH)	PERTINENTE	2,00	2,00	<p>Considerando os critérios dos indicadores pelo Núcleo Técnico de Humanização da SES/SP e após análise em relação à Política Estadual de Humanização, avaliamos que as ações referentes ao Indicador A.11 encontram-se implantadas. Justificativa: A Instituição apresenta movimentos importantes na produção de saúde desenvolvida pela equipe da Santa Casa de São Carlos e que muito dizem respeito ao entendimento, apoio e o modo de fazer da alta gestão. A abertura para o exercício da Cogestão, com a realização de encontros semanais conduzidos pelo Superintendente Daniel Bonini com a participação de todos os gerentes e coordenadores da Santa Casa, abordando diversos assuntos como: situação financeira, ambiência, atendimentos, portaria, contratos, entre outros, marcam diferenças significativas no envolvimento e desenvolvimento do processo de trabalho em equipe multidisciplinar e que reverberam para o usuário. A equipe apresenta movimentos importantes em relação à produção de saúde, assim como pelo aprimoramento das ações desenvolvidas, mediante o cenário em que está inserido e os impactos do processo de reforma nos espaços do SMU e também no C-Térreo (PS) que se estende por longa data. Observa-se entendimento, envolvimento e esforço da equipe multidisciplinar, bem como apoio da gestão no árduo exercício para implementar a Clínica Ampliada. Outro aspecto importante a considerar, é o investimento na valorização do canal de escuta do usuário que vem se qualificando e legitimando institucionalmente. O serviço de Ouvidoria realiza atendimentos por demanda classificadas como reclamação, orientação, sugestão e elogios, caracterizados segundo o relato de cada motivo para o contato com a Ouvidoria, e posteriormente tabulação e análise dos resultados. A Pesquisa de Satisfação é realizada em duas abordagens distintas: por meio da participação passiva dos usuários, e outra por meio de ligações realizadas pela Central de Relacionamento, durante o período de referência, buscando por pacientes atendidos nos setores. A partir dos dados obtidos é feita uma análise descritiva utilizando gráficos e tabelas e, posteriormente, é confeccionado o relatório geral e por setores, que também contemplam as mensagens escritas abertamente pelos usuários do hospital, categorizados em sugestões, reclamações e elogios. Portanto, os serviços de Ouvidoria e a Pesquisa de Satisfação têm caminhado e transformado dados em informações importantes, que merecem atenção e utilização primorosa como ferramenta de gestão. A produção do cuidado e qualificação da assistência, em rede interna e externa, tem sido um dos desafios que a equipe tem enfrentado, no desenvolvimento de ações que viabilizem esses processos. Reconhecem-se as complexidades e as fragilidades territoriais, mediante a área de abrangência para a qual a instituição é referência, mas também da importância de ter um olhar / investimento nas ações planejadas no PIH, para que possam se efetivar e contribuir para o fortalecimento institucional e na produção do cuidado em rede. O Centro Integrado de Humanização (CIH) demonstra-se ativo, com boa articulação com as demais grupidades e com reconhecimento institucional. Neste trimestre, considera-se ?Implantado? o Indicador referente à Política Estadual de Humanização.</p> <p>Recomendações/Observações: Fortalecer o trabalho em equipe multidisciplinar, bem como ampliar a participação e o envolvimento e articulação das equipes com o GTH; Fomentar e apoiar a realização de reuniões das grupidades que compõem a Rede Interna da Instituição e disseminar conceitos e ferramentas da Política de Humanização; Estabelecer articulações e discussões com a rede externa com o objetivo do desenvolvimento e fortalecimento do trabalho em rede; Considerando os objetivos que compõem o Indicador A11 e seu caráter processual, é imprescindível um contínuo investimento na ampliação / apropriação do conhecimento das Políticas de Humanização, para que se efetivem e reverberem e gerem impactos na cultura institucional.</p>



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
15 A12. Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar)	PERTINENTE	3,00	1,00	No período avaliado das 3.815 AIHs apresentadas, 3.013 corresponde ao mês de referência, o que representa um percentual de 78,98%. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais estando os mesmos identificados e assinados.
16 A13. Apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato a realização do procedimento (APAC)	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado das 3.567 APACs apresentadas, 3.042 corresponde ao mês subsequente à realização do procedimento, o que representa um percentual de 85,28%. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais estando os mesmos identificados e assinados.
17 A14. Caracterização correta da internação: Urgência (caráter 2 à 6) / Eletiva (caráter 1) por amostragem	PERTINENTE	2,00	2,00	Durante o período avaliado foram analisadas pela Equipe de Auditoria da SMS de São Carlos 3.013 AIHs, das quais 3.004 possuem caracterização correta em relação ao Caráter de Internação (Urgência/Eletiva), representando 99,70%.
18 A15.1. Comissões - Ética Médica	PERTINENTE	0,50	0,50	De acordo com o regimento interno, as reuniões da Comissão de Ética da Instituição são bimestrais. No período avaliado a Comissão reuniu-se em 02/04/2019 onde discutiu-se sindicâncias a instituição anexou o Certificado da Comissão de Ética Médica com validade até 18/10/2020. Em 07/05/2019 a Comissão reuniu-se para ler o parecer preliminar da sindicância realizada. Foi inserido no Portal CROSS Relatório com as pautas das reuniões, lista de presença, Regimento e Certificado da Comissão no CRM. Em 10/06/2019 a Comissão reuniu-se para votação do parecer da Sindicância, leitura e discussão de relatos. Cabe destacar que na lista de presença a data está como dia 11/06/2019. Possível erro de digitação. Foi inserido no Portal CROSS Relatório com as pautas das reuniões, lista de presença, Regimento e Certificado da Comissão no CRM. Considerando que a Comissão vem se reunindo sistematicamente, entendemos que a mesma é atuante.
19 A15.2. Comissões - Controle de infecção hospitalar	PERTINENTE	0,50	0,50	A comissão reuniu-se mensalmente, de acordo com o Regimento Interno, As reuniões foram realizadas nas seguintes datas: 23/04/2019, 28/05/2019 e em junho nos dias 11, 12 e 19. As atas estão assinadas e carimbadas, bem como relatórios com indicadores pertinentes à Comissão e gráficos dos indicadores de infecção hospitalar. Considerando que a Comissão vem se reunindo sistematicamente, entendemos que a mesma é atuante.
20 A15.3. Comissões - Óbito	PERTINENTE	0,50	0,50	A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, atas e listas de presença. As reuniões foram realizadas nas seguintes datas: 26/04/2019, 29/04/2019, 29/05/2019, 30/05/2019, 18/06/2019, 25/06/2019 e 26/06/2019. Considerando que a Comissão de Óbito vem se reunindo sistematicamente, entendemos que a mesma é atuante. Entretanto cabe destacar que a Resolução CREMESP Nº 114, de 01 de Junho de 2005, estabelece que a Comissão de Revisão de Óbitos deva avaliar a totalidade de óbitos e dos laudos necroscópicos quando existirem, porém a Comissão continua encaminhando os óbitos materno-infantil para a avaliação da Comissão de Óbito Materno-Infantil. A Comissão orientou a Instituição a se ater à Resolução acima citada e quando houver casos encaminhados para análise da Comissão de Óbito Materno-Infantil, a Comissão de Óbitos deverá solicitar a devolutiva destas análises e registra-la em ata.
21 A15.4. Comissões - Prontuários	PERTINENTE	0,50	0,50	Conforme RESOLUÇÃO nº CFM 1.638/2002, compete à Comissão de Revisão de Prontuários, observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel, conforme a Resolução do CFM. A comissão reuniu-se mensalmente, de acordo com o Regimento Interno. As reuniões foram realizadas nas seguintes datas: 29/04/2019, 27/05/2019 e 24/06/2019. A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, atas das reuniões e lista de presença. Considerando que a Comissão vem se reunindo sistematicamente, entendemos que a mesma é atuante.
22 A16. Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes	PERTINENTE	2,00	2,00	



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
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, contemplando eventos externos e internos. Plano elaborado em 01/2014. Na competência abril apresentou plano revisado em 10/2018 (5° revisão), nas competências maio e junho apresentou plano revisado em 05/2019. Documento anexado em papel timbrado da Instituição, assinado e carimbado.
24 A18.1. Licença de Alvará - VISA	PERTINENTE	1,00	1,00	A instituição anexou no portal CROSS, na competência abril o protocolo da Solicitação da renovação da Licença de Funcionamento expedida pela VISA em 20/03/2019. Na competência maio e junho a instituição apresentou a Licença de Alvará da VISA com validade até 20/03/2020.
25 A18.2. Licença de Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB	PERTINENTE	1,00	0,00	A instituição não possui Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB). A instituição apresentou Cronograma de Execução do Projeto Técnico com as etapas no trimestre avaliado.
26 A19. Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais)	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado, das 1.753 cirurgias agendadas, 138 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 7,87%. Observa-se um aumento significativo no percentual de cancelamentos de cirurgias por motivos administrativos em relação ao trimestre anterior. A Instituição foi orientada a fazer gestão junto a equipe médica e administrativa para melhorar esse indicador. No relatório anexado no mês maio/2019 houve um equívoco no quantitativo de cirurgias agendadas, que foi corrigido com respectivo relatório apresentado na avaliação inserido no Portal CROSS. Cabe destacar que para o Indicador é utilizado o quantitativo de cirurgias agendadas.
27 A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulação	PERTINENTE	5,00	0,00	Ao analisar os dados emitidos pela CROSS observa-se que persiste o alto índice de recusa quando da solicitação pela Central de Regulação de Urgências. No período avaliado das 1.051 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 977 o que representa um percentual de recusa de 92,96% no período avaliado. A Comissão recomenda que a instituição continue revisando seu processo de trabalho em relação à melhoria do indicador.
28 A21. Percentual de Vaga Zero determinada pela Central de Regulação	PERTINENTE	5,00	2,00	Segundo o sistema da CROSS, durante o período avaliado das 142 solicitações da Central de Urgência, 17 foram vagas zero, correspondendo a 11,97%. Cabe destacar que todas as solicitações foram pertinentes. Alcançando 02 Pontos no Score.
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 Permanente, sendo reforçada a necessidade da instituição manter a abordagem dos temas relevantes para o processo do trabalho, ampliando o leque das abordagens em educação permanente.
30 A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC)	PERTINENTE	2,00	0,00	A Instituição anexou no período relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2018, relatório dos auditores independentes sobre as demonstrações contábeis da administração, declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2018 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2018. A Instituição justifica que o não atendimento do índice de liquidez geral pela Entidade se deve ao fato de que para o atendimento de todas as suas operações objeto de seu Estatuto Social, com a grave crise financeira e a falta de recursos para o Terceiro Setor durante os últimos anos, a Entidade se viu na necessidade de captar recursos no mercado financeiro para honrar seus compromissos, elevando com isso sua dívida no longo prazo, fato que dificulta o atendimento do índice de liquidez geral. Com isso, a mesma não deixa de cumprir seu compromisso principal que é a prestação de serviço de qualidade ao paciente LC (Ativo Circulante/Passivo Circulante): 40.228.750,58 / 41.522.181,80 = 0,96.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
31	A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG)	PERTINENTE	2,00	0,00	A Instituição anexou no período relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2018, relatório dos auditores independentes sobre as demonstrações contábeis da administração, declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2018 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2018. A Instituição justifica que o não atendimento do índice de liquidez geral pela Entidade se deve ao fato de que para o atendimento de todas as suas operações objeto de seu Estatuto Social, com a grave crise financeira e a falta de recursos para o Terceiro Setor durante os últimos anos, a Entidade se viu na necessidade de captar recursos no mercado financeiro para honrar seus compromissos, elevando com isso sua dívida no longo prazo, fato que dificulta o atendimento do índice de liquidez geral. Com isso, a mesma não deixa de cumprir seu compromisso principal que é a prestação de serviço de qualidade ao paciente. LG (Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo) / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo): 61.909.092,94/ 96.437.771,22= 0,64.
32	A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG)	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição anexou no período relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2018, relatório dos auditores independentes sobre as demonstrações contábeis da administração, declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2018 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2018. A Instituição justifica que o não atendimento do índice de liquidez geral pela Entidade se deve ao fato de que para o atendimento de todas as suas operações objeto de seu Estatuto Social, com a grave crise financeira e a falta de recursos para o Terceiro Setor durante os últimos anos, a Entidade se viu na necessidade de captar recursos no mercado financeiro para honrar seus compromissos, elevando com isso sua dívida no longo prazo, fato que dificulta o atendimento do índice de liquidez geral. Com isso, a mesma não deixa de cumprir seu compromisso principal que é a prestação de serviço de qualidade ao paciente. LG (Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo) / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo): 61.909.092,94/ 96.437.771,22= 0,64.
33	A24. Relação de enfermeiros leitos	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição anexou no Portal CROSS relatórios informando número de enfermeiros assistenciais com respectivos quantitativos de leitos existentes. De acordo com o CNES, o número total de enfermeiros na Instituição é 104, porém 08 profissionais não estão ligados a assistência, portanto, para o indicador devemos considerar 96 enfermeiros. Cabe destacar que a Instituição arrendou à Unimed Instalações hospitalares conforme consta no Contrato anexado no Portal. A UNIMED disponibiliza 21 enfermeiros que estão alocados na Instituição e não fazem parte do quadro de profissionais da mesma. Considerando os 21 enfermeiros da Unimed somados ao número de 96 enfermeiros SUS ligados à área assistencial, totalizam 117 enfermeiros, visto que a Instituição conta atualmente com 309 leitos existentes, no trimestre a relação enfermeiros assistenciais / leitos corresponde a 0,38.



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	PERTINENTE	3,00	0,00	A Comissão entende que a Instituição em conjunto com a gestão municipal deve avaliar quais os motivos para o baixo desempenho alcançado no indicador. Observa-se uma pequena melhora no indicador em relação ao trimestre anterior. Todos os relatórios estão devidamente identificados assinados e carimbados. A Instituição foi orientada a anexar relatórios em papel timbrado e assinado pelos responsáveis. Cabe destacar que na competência maio a gestão anexou somente a produção ambulatorial, o que prejudicou a análise do indicador, porém na competência junho anexou a produção ambulatorial e hospitalar referente a maio e junho. Entretanto, no relatório de maio, no agrupamento hospitalar, verificou-se um equívoco, pois consta no relatório 05 agrupamentos conforme e na análise do mesmo observa-se 04. Considerando os apontamentos acima e que a Gestão apresentou na avaliação relatórios corrigidos que estão sendo anexado no Portal CROSS, para o indicador a Comissão está considerando os dados abaixo: Abril: 34 agrupamentos pactuados, 11 agrupamentos conforme (com 95% de alcance), totalizando 32,35% de alcance. Maio: 34 agrupamentos pactuados (ambulatoriais), 14 agrupamentos conforme (com 95% de alcance), totalizando 41,18% de alcance. Junho: 34 agrupamentos pactuados, 17 agrupamentos conforme (com 95% de alcance), totalizando 50% de alcance. No período avaliado a Instituição obteve a seguinte pontuação: $(11+14+17)/(34+34+34) \times 100 = 41,18\%$.
35	B02. Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica e clínica médica)	PERTINENTE	3,00	3,00	A Instituição informou conforme anexos o total de 9.894 paciente/dia de 10.920 leitos/dia, que corresponde a 90,60% de ocupação das referidas clínicas.
36	B03. Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado houve um total de 1.365 pacientes/dia e 1.365 leitos/dia, que corresponde a 100,00% de ocupação de leitos de Terapia Intensiva. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, carimbados e assinados.
37	B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 6.524 pacientes/dia e 1.578 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 4,13 dias de média de permanência na Especialidade Clínica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
38	B05. Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 3.370 pacientes/dia e 1.202 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,80 dias de média de permanência na Especialidade Clínica Cirúrgica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
39	B06. Tempo médio de permanência - UTI Adulto	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 1.365 pacientes/dia e 385 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 3,55 dias de média de permanência na UTI. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
40	B07. Taxa de mortalidade institucional	PERTINENTE	2,00	1,00	No período avaliado, houve 198 óbitos e 6.342 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 3,12%. A Instituição anexou em todos os meses relatórios, indicando separadamente os óbitos por tipo de convênio. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
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 com comprovante de envio através de email.
42	B09. Incidência de queda de paciente	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição anexou os relatórios informando que de 15.602 pacientes/dia, ocorreram no período 08 quedas o que representa 0,51. Os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados, constando os motivos e as ações implementadas.
43	B10. Índice de rotatividade	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado, a instituição informou que houve 3.817 saídas ? SUS com 489 leitos gerais destinados ao SUS, onde obteve um índice de rotatividade de 7,81.



SANTA CASA SAO CARLOS					
Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
44	B11. Índice de uso de sala cirúrgica	PERTINENTE	2,00	1,00	No trimestre avaliado foram realizadas 2.654 cirurgias e disponibilizadas 910 salas. Tendo um índice de uso de sala cirúrgica de 2,92. Todos os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. Cabe destacar que de acordo com CNES a Instituição conta com 15 salas cirúrgicas, entretanto, 05 salas ficam no Centro Obstétrico, devendo ser computadas 10 salas no indicador.
TOTAL			103,00	80,00	
				77,67%	

Observações da Comissão

A Comissão reforça a importância do Programa Santas Casas SUSstáveis para a gestão (municipal, estadual e hospitalar), tanto na questão financeira quanto na qualidade dos processos de trabalho e ampliação do acesso. Cabe destacar a importância na alimentação do Sistema, visto que no período avaliado foi observado alguns equívocos nos relatórios anexados no Portal CROSS. Enfatiza-se a necessidade da Gestão Municipal e Hospitalar na absorção das recomendações feitas pela Comissão Regional no que se refere à importância do alcance das metas.