



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 Janeiro a última atualização local ocorreu em 15/01/2019 e a nacional em 10/02/2019, no mês de Fevereiro a atualização local ocorreu em 01/03/2019 e a nacional em 11/03/2019 e no mês de Março a atualização local ocorreu 04/04/2019 e a nacional em 08/04/2019. Os relatórios gerados pela Instituição foram anexados no Portal CROSS, no mês de Janeiro datado de 15/01/2019 informando que houve alterações no CNES referente a RH e número de leitos; no mês de Fevereiro datado de 19/02/2019 informando que houve alterações referente a RH e no mês de Março datado de 01/04/2019 informando que houve alterações no CNES referente a RH 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. Em 09/04/2019 a Equipe de Auditoria do DRS III, realizou visita técnica na Instituição para verificação ?in loco? da veracidade das informações que constam do CNES dos Hospitais que integram o Programa Santas Casas Sustentáveis, objetivando validação das informações prestadas pelos estabelecimentos de saúde ou efetivação das correções necessárias, com a recomendação de manter atualização constante do CNES.
2 A02.1. CID secundário informado - Pediatria	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 191 AIHs, das quais 179 possuem CID secundário, o que representa 93,72%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
3 A02.2. CID secundário informado - Obstetrícia	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 574 AIHs, das quais 568 possuem CID secundário, o que representa 98,95%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
4 A02.3. CID secundário informado - Clínica Médica	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 981 AIHs, das quais 972 possuem CID secundário, o que representa 99,08%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
5 A02.4. CID secundário informado - Clínica Cirúrgica	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 1.322 AIHs, das quais 966 possuem CID secundário, o que representa 73,07%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
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 178 atualizações no Portal CROSS das 180 esperadas, atingindo o percentual de 98,89%.
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 724 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência 640 foram respondidas em até 59 minutos e 59 segundos, o que representa um percentual de 88,40%. 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 597 sendo que 592 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 99,16%. 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 12.719, destes, 12.652 foram informados dentro do prazo, correspondendo a 99,47%. 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 20.391 consultas/exames no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS no prazo estabelecido, sendo que 20.243 foi o total de agendas disponibilizadas no período, o que representa 99,27%. 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 14.617 atendimentos, sendo: 68 classificados como emergência (0,47%), 456 Muito Urgente (3,12%), 4.210 Urgente (28,80%), 8.886 Pouco urgente (60,79%), 510 não urgente (3,49%) e 487 situações incompatíveis (3,33%). Observa-se que 32,39% dos atendimentos foram classificados como Emergência, Muito Urgente e Urgente e 67,61% classificados como Pouco urgente, não urgente e situações incompatíveis. O alto número de atendimentos com classificação de pouco urgente, não urgente e situações incompatíveis se dá devido a Instituição ser porta aberta.
12	A09. Alta Hospitalar Responsável	PERTINENTE	2,00	2,00	Avaliação Geral do Trimestre: 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 Equipe Multiprofissional vem apresentando um árduo exercício de desenvolvimento para implementação e efetivação da Clínica Ampliada, elaboração e consolidação de Projeto Terapêutico Singular (PTS), Acolhimento processual do paciente, família e rede social afetiva, desde sua entrada na instituição, no período de internação e de acordo com as visitas multi, discussão de casos, elaboração do PTS, canais de escuta do usuário e pós-alta. A Gestão tem demonstrado apoio à Equipe de Alta e evidencia o empenho da instituição no compromisso da Alta Responsável e da continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. A instituição vem demonstrando avanços no processo de organização interna e externa e apresentando resultados positivos da implementação do Indicador.
13	A10. Custos por Absorção	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição anexou no Portal planilha da Planisa referente aos custos por absorção no mês de janeiro e de acordo com as orientações, em fevereiro atenderam as solicitações e anexaram relatório detalhando TODOS OS CUSTOS absorvidos, dos principais procedimentos conforme orientação da Comissão Regional.



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	Avaliação Geral : 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: O fechamento da avaliação e ajuste da pontuação entre 0, 1 ou 2 considera critérios qualitativos como: apoio do gestor da unidade, grau de participação da equipe da unidade no desenvolvimento e reavaliação dos processos de trabalho, desenvolvimento do Plano Institucional de Humanização considerando as diretrizes e os dispositivos da Política Nacional de Humanização. 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. Reconhece-se que as equipes estão num movimento importante de fomento e apoio conjunto ao CIH/GTH, em prol do processo de produção do cuidado e qualificação da assistência. Entretanto, vale ressaltar que mediante aos objetivos que compõem o Indicador A11, que possam contribuir e reverberar em termos de mudança na cultura institucional, é imprescindível um contínuo investimento na ampliação / apropriação do conhecimento e disseminação das Políticas de Humanização na instituição.
15 A12. Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar)	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado das 3.068 AIHs apresentadas, 2.590 corresponde ao mês de referência, o que representa um percentual de 84,42%. 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 3.326 APACs apresentadas, 3.081 corresponde ao mês subsequente à realização do procedimento, o que representa um percentual de 92,63%. 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 3.068 AIHs, das quais 3.059 possuem caracterização correta em relação ao Caráter de Internação (Urgência/Eletiva), representando 99,71%.
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 08/01/2019 onde foram renovados os acordos para o funcionamento da Comissão e discutiram assuntos administrativos. Em 05/02/2019 a Comissão reuniu-se para discussão de conduta de profissional, a instituição apresentou definição dos cargos dos membros da comissão com mandato até 18/10/2020. Em março a Comissão reuniu-se em 19/03/2019 A instituição anexou 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	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ? A comissão reuniu-se mensalmente, de acordo com o Regimento Interno, As reuniões foram realizadas nas seguintes datas: 22/01/2019, 27/02/2019 e 21/03/2019 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.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
20 A15.3. Comissões - Óbito	PERTINENTE	0,50	0,50	Comissão de Óbito - A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, atas e listas de presença. As reuniões foram realizadas nas seguintes datas: 28/01/2019, 31/01/2019, 26/02/2019 e 28/03/2019 (ocorreram nesta datas duas reuniões uma às 11h e outra às 14h). Cabe informar que de acordo com as atas apresentadas, houve 231 óbitos, sendo 197 analisados, 34 foram encaminhados para averiguação e destes, 33 fora finalizados. Entretanto, constata-se que 08 óbitos foram encaminhados para a Comissão de Mortalidade materno-infantil, não sendo analisados por essa comissão, contrariando a Resolução CREMESP Nº 114, de 01 de março de 2005, que estabelece que a Comissão de Revisão de Óbitos deverá avaliar a totalidade de óbitos e dos laudos necroscópicos quando existirem. Não devem ser considerados como Ata da Comissão de Óbitos, por exemplo, as atas das Comissões de investigação de Mortalidade Infantil e ou Materna. A instituição foi orientada a analisar 100% dos óbitos. Considerando que a Comissão de Óbito vem se reunindo sistematicamente, entendemos que a mesma é atuante.
21 A15.4. Comissões - Prontuários	PERTINENTE	0,50	0,50	Comissão de Prontuário - A comissão reuniu-se mensalmente, de acordo com o Regimento Interno. As reuniões foram realizadas nas seguintes datas: 31/01/2019, 28/02/2019 e 28/03/2019. 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	No trimestre analisado, a Instituição encaminhou relatórios mensais de atividades que foram validados pela Central de Transplantes da SES/SP. Cabe destacar que no mês fevereiro o relatório apresentado foi o mesmo apresentado em janeiro e no mês de março foi anexado relatório de outra instituição. Após questionamento do DRS a Central de Transplante informou via e-mail que a instituição encaminhou corretamente o relatório de março, o equívoco ocorreu no anexo do relatório no sistema, porém a Central de Transplante considera o indicador conforme.
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. Plano elaborado em 01/2014, revisado em 10/2018 (5º revisão). Documento anexado em papel timbrado da Instituição, assinado e carimbado.
24 A18.1. Licença de Alvará - VISA	NÃO PERTINENTE	1,00	0,00	A instituição anexou no portal CROSS, todos os meses, Alvará com data de validade em 06/02/2019. Embora nos meses de fevereiro e março a Instituição tenha anexado o protocolo da Solicitação da renovação da Licença de Funcionamento expedida pela VISA em 20/03/2019, entendemos que a Instituição ultrapassou o prazo para solicitar a renovação, que deveria ser feito antes do vencimento da Licença.
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 1.733 cirurgias agendadas, 132 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 7,62%. Observa-se um aumento no percentual de cancelamentos de cirurgias por motivos administrativos em relação ao trimestre anterior.
27 A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulacao	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 724 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 689 o que representa um percentual de recusa de 95,17% no período avaliado. A Comissão recomenda que a instituição continue revisando seu processo de trabalho em relação à melhoria do indicador.



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 determinada pela Central de Regulação	PERTINENTE	5,00	2,00	Segundo o sistema da CROSS, durante o período avaliado das 91 solicitações da Central de Urgência, 12 foram vagas zero, correspondendo a 13,19%. 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	2,00	ao exercício findo 31/12/2017, 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 2017 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2017. LC (Ativo Circulante/Passivo Circulante): 48.815.876,10/ 45.587.625,46= 1,07. No mês de Março a Instituição anexou 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. LC (Ativo Circulante/Passivo Circulante): 40.228.750,58/ 41.522.181,80= 0,97.
31 A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG)	PERTINENTE	2,00	0,00	Foi anexado em janeiro e fevereiro relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2017, 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 2017 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2017. 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): 75.185.075,99/ 104.262.225,38= 0,72. No mês de Março a Instituição anexou 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



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
32	A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG)	PERTINENTE	2,00	2,00	Foi anexado no mês de janeiro e fevereiro a declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2017. SG - Ativo Total / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo): 151.132.805,64/ 104.262.225,38 = 1,45. No mês de Março a instituição anexou a declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2018. SG - Ativo Total / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo): 135.427.493,50/ 96.437.771,22 = 1,40.
33	A24. Relação de enfermeiros leitos	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição anexou no Portal CROSS relatórios informando número de enfermeiros no período avaliado, divergentes com o CNES, visto que no CNES constam 104 enfermeiros e no relatório um total de 117 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 enfermeiros constantes no CNES, totalizam 117 enfermeiros e o número de leitos da Instituição, 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 piora no indicador em relação ao trimestre anterior. Todos os relatórios estão devidamente identificados assinados e carimbados. No período avaliado a Instituição obteve a seguinte pontuação: $(15+11+11)/(34+34+34) \times 100 = 36,27\%$.
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 9.828 paciente/dia de 10.800 leitos/dia, que corresponde a 91,00% 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 1.350 pacientes/dia e 1.350 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 6.486 pacientes/dia e 1.442 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 4,50 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 3.342 pacientes/dia e 1.199 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,79 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 1.350 pacientes/dia e 397 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 3,40 dias de média de permanência na UTI. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
40	B07. Taxa de mortalidade institucional	PERTINENTE	2,00	1,00	No período avaliado, houve 208 óbitos e 5.920 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 3,51%. 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 14.505 pacientes/dia, ocorreram no período 07 quedas o que representa 0,48. 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 3.556 saídas ? SUS com 489 leitos gerais destinados ao SUS, onde obteve um índice de rotatividade de 7,27.
44	B11. Índice de uso de sala cirúrgica	PERTINENTE	2,00	1,00	No trimestre avaliado foram realizadas 2.663 cirurgias e disponibilizadas 900 salas. Tendo um índice de uso de sala cirúrgica de 2,96. 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	83,00	
				80,58%	

Observações da Comissão

A Comissão reforça a importância do Programa Santas Casas SUStentáveis 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 evolução da equipe da Instituição quanto à alimentação do Sistema neste período avaliado, demonstrando a absorção das recomendações feitas pela Comissão Regional no que se refere à importância do alcance das metas.