



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
1	A01. CNES Atualizado	NÃO PERTINENTE	3,00	0,00	Os relatórios de alterações do CNES foram anexados pela unidade no mês de Janeiro em 19/02/2018 informando que não houve alterações no CNES nesta competência; no mês de Fevereiro a data da última atualização foi 28/02/2018 com alterações em RH e leitos e no mês de Março a data do relatório de atualizações gerado pelo CNES é de 26/04/2018 com alterações apenas em RH. Foram anexados também relatórios gerados pela própria Instituição datados de: 06/02/2018, 07/03/2018 e 25/04/2018. Cabe destacar que de acordo com o relatório de visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 30/11/2017, observa-se que o total de leitos detectados na ocasião foi de 308 leitos existentes e 189 leitos SUS. Esses números divergem do CNES da época e divergem também dos números de leitos constantes no CNES atual da unidade que são 360 leitos existentes e 235 leitos SUS. Na época os leitos existentes eram 334 e leitos SUS 210. Na competência Fevereiro a instituição enviou solicitação de alterações dos números de leitos à SMS de São Carlos para 349 leitos existentes e 219 leitos SUS. Observa-se que a solicitação da unidade foi de 25 leitos existentes e 15 leitos SUS na especialidade Obstetrícia Clínica, mas a SMS manteve os mesmos dados, ou seja, 36 leitos existentes e 31 leitos SUS. Analisando o portal CNES, em Março houve alterações dos leitos que não foram informados pelo prestador. Foi orientado prestador e gestão sobre a necessidade de adequar o sistema CNES conforme a capacidade física real. Diante disso a Comissão entende que a Instituição não pontua neste indicador, bem como os demais que utilizam CNES/leitos, devido a impossibilidade de análise por conta da divergência de dados.
2	A02.1. CID secundário informado - Pediatria	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 255 AIHs, das quais 214 possuem CID secundário, o que representa 83,92%. 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 524 AIHs, das quais 510 possuem CID secundário, o que representa 97,33%. 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 1.079 AIHs, das quais 1.045 possuem CID secundário, o que representa 96,85%. 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 1.224 AIHs, das quais 967 possuem CID secundário, o que representa 79%. 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 da 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 557 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência 419 foram respondidas em até 59 minutos e 59 segundos, o que representa um percentual de 75,22%. Cabe destacar que no território do DRS a micro regulação está em funcionamento desde abril de 2016, entretanto não conseguimos identificar nos dados da CROSS as solicitações que por ela são efetuadas, o que alteraria de forma significativa o alcance da meta, de forma positiva.
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 1.290 sendo que 1.288 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 99,84%.
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 12.615, destes, 12.603 foram informados dentro do prazo, correspondendo a 99,90%.
10	A07. Disponibilização mensal da agenda, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial	PERTINENTE	5,00	5,00	Durante o período avaliado a instituição disponibilizou 16.892 consultas/exames no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS no prazo estabelecido, sendo 16.892 o total de agendas disponibilizadas no período o que representa 100%.



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, com previsão de revisão para 02/2018, gráficos com números e percentuais de atendimentos distribuídos segundo a Classificação de Risco e município de origem do paciente, carimbados e assinados. De acordo com os relatórios anexados no Portal CROSS, no período foram atendidos no Serviço de Urgência da Instituição: 16.845 pacientes, sendo: 73 (0,43%) Emergências; 1.556 (9,24%) Muito Urgentes; 5.852 (34,74%) Urgentes; 8.392 (49,82%) Pouco Urgentes; 575 (3,41%) Não Urgentes e 397 (2,36%) Situações incompatíveis. Cabe observar que em Janeiro o gráfico apresentado não condiz com os números apresentados.
12	A09. Alta Hospitalar Responsável	PERTINENTE	2,00	2,00	A Santa Casa de São Carlos têm Implantado todos os dispositivos que compõem o Indicador A9 e demonstra um importante empenho na avaliação e monitoramento deste dispositivo.
13	A10. Custos por Absorção	NÃO PERTINENTE	2,00	1,00	A instituição anexou no Portal planilha da Planisa referente aos custos por absorção por trimestre e de acordo com o solicitado no indicador, entretanto os dados se referem a períodos que não condizem com o avaliado contrariando a Resolução SS - 2, de 1-2-2017 que destaca que os valores devem ser informados por competência, ou seja, mensalmente. No trimestre anterior a Comissão já havia recomendado, que a planilha anexada seja referente ao mês avaliado, entendendo assim, que o resultado para este indicador encontra-se em implantação, de acordo com a avaliação do Núcleo Técnico Executivo Estadual. A Comissão orientou a Instituição a anexar além do Painel Sustentável, os relatórios detalhando os custos absorvidos (diretos, indiretos, fixos e variáveis), conforme orientação sobre mapa de Indicadores de agosto/2016.
14	A11. Política Estadual de Humanização (PEH)	PERTINENTE	2,00	2,00	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 implantado. A instituição tem enfrentado algumas dificuldades do ponto de vista estruturais e institucionais. Entretanto, conta com uma equipe envolvida e dedicada para a implementação de ações de humanização, estando imbuídos no processo de qualificação destas ações. Cabe destacar que o relatório da articuladora refere que trata-se de Avaliação referente ao trimestre outubro, novembro e dezembro/2017, quando o correto é Janeiro, Fevereiro e Março/2018.
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 3.082 AIHs apresentadas, 2.479 corresponde ao mês de referência, o que representa um percentual de 80,43%. 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 3.311 APACs apresentadas, 3.279 corresponde ao mês subsequente à realização do procedimento, o que representa um percentual de 99,03%. 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	NÃO PERTINENTE	2,00	2,00	Durante o período avaliado foram analisadas pela Equipe de Auditoria da SMS de São Carlos 3.082 AIHs, das quais 2.754 possuem caracterização correta em relação ao Caráter de Internação (Urgência/Eletiva), representando 89,36%. Cabe destacar que em Fevereiro o gestor municipal anexo erroneamente o relatório referente ao indicador B1. Entretanto apresentou na avaliação o relatório correto, mas lançou equivocadamente no portal CROSS a quantidade de 1.003 AIHs quando o correto seria 1.002. Na competência Março, o gestor informou no relatório anexado a quantidade de 1.068 AIHs com caracterização correta, quando o certo seria 944 perfazendo o percentual de 88,39%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.



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	No mês de Janeiro e Fevereiro/2018, a instituição anexou no Portal CROSS relatório da reunião que ocorreu em 10/01/2018, porém nas Atas e Listas de Presença a data registrada é 10/01/2017 a Comissão entende ser este um erro de escrita por conta da mudança do ano. No mês de Março anexou relatório, ata e lista de presença da reunião ocorrida em 28/03/2018. De acordo com o regimento interno, as reuniões da comissão são bimestrais.
19 A15.2. Comissões - Controle de infecção hospitalar	PERTINENTE	0,50	0,50	A Comissão reuniu-se em 17/01/2018, 21/02/2018 e 21/03/2018. A Instituição anexou as atas assinadas e carimbadas, bem como relatórios com indicadores pertinentes à Comissão e gráficos dos indicadores de infecção hospitalar no período avaliado.
20 A15.3. Comissões - Óbito	PERTINENTE	0,50	0,50	A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, atas e listas de presença referente ao período avaliado, porém os documentos anexados, referem-se as reuniões ocorridas em 21/02/2018, 27/03/2018 e 19/04/2018. A Instituição foi orientada a anexar a Ata no mês correto, ou seja, a reunião que foi realizada no mês de Janeiro deve ser anexada no Portal no próprio mês. Considerando que a Comissão de Óbito vem se reunindo sistematicamente, consideramos que a mesma é atuante.
21 A15.4. Comissões - Prontuários	PERTINENTE	0,50	0,50	A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, cronograma de reuniões e as atas referente ao período avaliado, sendo que a mesma reuniu-se em 19/02/2018, 19/03/2018 e 16/04/2018. A Instituição anexou em Janeiro a Ata da reunião realizada em Fevereiro, e assim sucessivamente. A Instituição foi orientada a anexar a Ata no mês correto, ou seja, a reunião que foi realizada no mês de Janeiro deve ser anexada no Portal no próprio mês. Considerando que a Comissão de Prontuário vem se reunindo sistematicamente, consideramos que a mesma é atuante.
22 A16. Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes	PERTINENTE	2,00	2,00	
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, elaborado em Janeiro/2014, revisado em Março/2018. Todos os documentos estão devidamente identificados e assinados.
24 A18.1. Licença de Alvará - VISA	PERTINENTE	1,00	1,00	A instituição anexou no portal CROSS a Licença de Funcionamento expedida pela VISA local com validade até 06/02/2018 na competência Janeiro/2018. Nas competências Fevereiro e Março, a validade da Licença é 05/04/2018
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 concluídas. Na competência Março 2018 apresentaram cronograma com ações concluídas, em andamento e pendentes com previsão de obtenção do AVCB em Outubro/2018.
26 A19. Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais)	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado, das 2.043 cirurgias agendadas, 99 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 4,85%.
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 557 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 532 o que representa um percentual de recusa de 95,51% no período avaliado. A Comissão recomenda que a instituição continue revisando seu processo de trabalho em relação à melhoria do indicador. A Instituição solicita que as solicitações de urgência da microrregulação sejam computadas neste 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	NÃO PERTINENTE	5,00	5,00	Segundo o sistema da CROSS, durante o período avaliado das 76 solicitações da Central de Urgência, 11 foram vaga zero, correspondendo a 14,47%. A Comissão de Avaliação discorda destes números visto que o denominador utilizado pela CROSS diverge da descrição do mesmo na Resolução SS-02, de 01-02-2017 (Total de solicitações de atendimento mediadas pela Central de Regulação no mesmo período). Considerando a Resolução, pelo entendimento da Comissão, o valor do denominador a ser utilizado deve ser o mesmo do Indicador A20, visto que a nomenclatura é a mesma. Em avaliações anteriores esta discordância da comissão já foi apontada. Diante disso, os dados a serem considerados devem ser: Janeiro - 207 solicitações reguladas, 3 vagas zero, totalizando 1,45% vagas zero Fevereiro - 150 solicitações reguladas, 2 vagas zero, totalizando 1,33% vagas zero Março - 200 solicitações reguladas, 6 vagas zero, totalizando 3,00% vagas zero Assim, do total de 557 solicitações, houve 11 vagas zero, o que corresponde a 1,97% de vaga zero no período avaliado, alcançando o score máximo, ou seja, 05 pontos.
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. Cabe destacar que há lista(s) de presença onde não foi preenchido o ano da atividade, data da atividade rasurada, no mês de janeiro, o que foi justificado pela Instituição que foi por conta da mudança de ano. A comissão orienta o prestador a ter mais cautela ao anexar somente os documentos pertinentes a competência avaliada.
30	A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC)	PERTINENTE	2,00	2,00	Nos meses de Janeiro e Fevereiro foi anexado relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2016, 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 2016 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2016. LC (Ativo Circulante/Passivo Circulante): 53.227.835,63/ 54.066.664,85= 0,98%. Na competência Março foi anexado 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. LC (Ativo Circulante/Passivo Circulante): 48.815.876,10/ 45.587.625,46= 1,07%.



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	Nos meses de Janeiro e Fevereiro foi anexado relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2016, 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 2016 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2016. 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): 79.125.119,22/ 103.008.258,16= 0,77%. Na competência Março foi anexado 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%.
32 A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG)	PERTINENTE	2,00	2,00	Nos meses de Janeiro e Fevereiro foi anexado a declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2016. SG - Ativo Total / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo): 156.098.459,80/ 103.008.258,16 = 1,52%. No mês de Março foi anexado 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%.
33 A24. Relação de enfermeiros leitos	NÃO PERTINENTE	2,00	0,00	A Instituição anexou no Portal CROSS relatórios informando número de enfermeiros no período avaliado, divergentes com o CNES, visto que no CNES constam 96 enfermeiros e no relatório um total de 123 enfermeiros. Cabe destacar que a Instituição arrendou à Unimed Instalações hospitalares conforme consta no Contrato anexado no Portal. A UNIMED disponibiliza 27 enfermeiros que estão alocados na Instituição e não fazem parte do quadro de profissionais da mesma. Considerando os 27 enfermeiros da Unimed somados ao número de enfermeiros constantes no CNES, totaliza 123 enfermeiros, o que corresponde a 0,37 enfermeiros. Cabe destacar que na competência Março o nº total de leitos existentes no CNES era de 360 divergentes dos 334 declarados pela instituição o que leva a relação de enfermeiros/leitos de 0,34 nesta competência. No trimestre avaliado a relação de enfermeiros/leitos é de 0,36. Considerando que o número de leitos estão divergentes com o CNES, conforme consta no indicador A1, a análise do indicador fica prejudicada.



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. Todos os relatórios estão devidamente identificados assinados e carimbados. No período avaliado a Instituição obteve a seguinte pontuação: $(10+13+16)/(34+34+34) \times 100 = 38,24\%$.
35	B02. Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica e clínica médica)	NÃO PERTINENTE	3,00	0,00	A Instituição informou conforme anexos o total de 8.087 paciente/dia de 10.080 leitos/dia, que corresponde a 80,23% de ocupação das referidas clínicas. Analisando o portal do CNES, o nº de leitos Clínicos e Cirúrgicos diverge do quantitativo utilizado para cálculo do indicador. Considerando que o número de leitos estão divergentes com o CNES, conforme consta no indicador A1, a análise do indicador fica prejudicada.
36	B03. Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado houve um total de 1.248 pacientes/dia e 1.350 leitos/dia, que corresponde a 92,44% de ocupação de leitos de Terapia Intensiva. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, carimbados e assinados. Considerando que os leitos SUS de UTI Adulto, não tiveram alterações nos meses avaliados, pelo exposto, a Comissão entende que a Instituição pontua neste Indicador.
37	B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 3.267 pacientes/dia e 1.275 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,56 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 4.820 pacientes/dia e 1.778 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,71 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 1.248 pacientes/dia e 346 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 3,64 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 192 óbitos e 5.348 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 3,59%. A Instituição anexou em todos os meses relatórios conforme recomendação do NTE, 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 13.523 pacientes/dia, ocorreram no período 01 queda o que representa 0,07. Nos relatórios devidamente identificados, datados e assinados, constando os motivos e as ações implementadas.
43	B10. Índice de rotatividade	NÃO PERTINENTE	2,00	0,00	No período avaliado, a instituição informou que houve 3.049 saídas ? SUS com 630 leitos onde obteve um índice de rotatividade de 4,84. Considerando que o número de leitos estão divergentes com o CNES, conforme consta no indicador A1, a análise do indicador fica prejudicada.
44	B11. Índice de uso de sala cirúrgica	PERTINENTE	2,00	2,00	No trimestre avaliado foram realizadas 3.270 cirurgias e disponibilizadas 990 salas. Tendo um índice de uso de sala cirúrgica de 3,30. Todos os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
TOTAL			103,00	77,00	



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
			74,76%	

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, por este fato alerta sobre a necessidade de um olhar criterioso/cuidadoso na alimentação do sistema e no anexar dos documentos, que podem interferir no alcance das metas da Instituição.