



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 Julho a última atualização local ocorreu em 30/07/2018 e a nacional em 07/08/2018, no mês de Agosto a atualização local ocorreu em 04/09/2018 e a nacional em 06/09/2018 e no mês de Setembro a atualização local ocorreu em 26/09/2018 e a nacional em 08/10/2018. Os relatórios gerados pela Instituição foram anexados no Portal CROSS, no mês de Julho datado de 09/08/2018 informando que houve alterações no CNES referente ao número de leitos e RH; no mês de Agosto datado de 06/09/2018 informando que houve alterações referente a RH e no mês de Setembro datado de 15/10/2018 informando que houve alterações no CNES referente a RH. Apresentou ainda documento informando que, atendendo as recomendações da Equipe de Auditoria do DRS em visita técnica, realizada em 08/08/2018, a Instituição encaminhou à Gestão de São Carlos ofício solicitando as adequações propostas no que tange a equipamentos, visto que, as demais inadequações já foram sanadas.
2 A02.1. CID secundário informado - Pediatria	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 216 AIHs, das quais 206 possuem CID secundário, o que representa 95,37%. 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 575 AIHs, das quais 570 possuem CID secundário, o que representa 99,13%. 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 1.002 AIHs, das quais 987 possuem CID secundário, o que representa 98,50%. 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 1.415 AIHs, das quais 1.077 possuem CID secundário, o que representa 76,11%. 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 182 atualizações no Portal CROSS das 184 esperadas, atingindo o percentual de 98,91%.
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 843 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência 708 foram respondidas em até 59 minutos e 59 segundos, o que representa um percentual de 83,99%. 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 1.592 sendo que 1.487 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 93,40%. 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 12.973, destes, 12.899 foram informados dentro do prazo, correspondendo a 99,43%. Alcançando 02 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 18.469 consultas/exames no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS no prazo estabelecido, sendo que 18.531 foi o total de agendas disponibilizadas no período, o que representa 99,67%. 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 02/2018, 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 15.662 atendimentos, sendo: 103 classificados como emergência (0,66%), 1.337 Muito Urgente (8,54%), 5.870 Urgente (37,48%), 7.918 Pouco urgente (50,56%), 68 não urgente (0,43%) e 366 situações incompatíveis (2,34%). Observa-se que 46,67% dos atendimentos foram classificados como Emergência, Muito Urgente e Urgente e 53,33% 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 Equipe Multiprofissional vem apresentando um árduo exercício de desenvolvimento para implementação 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 o PTS, 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. O indicador está implantado.
13	A10. Custos por Absorção	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição anexou no Portal planilha da Planisa referente aos custos por absorção do trimestre e de acordo com o solicitado no indicador
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 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. Ressalta-se que neste trimestre organizaram uma ?Semana de Humanização? com temáticas relevantes. Reconhece-se o empenho da equipe multidisciplinar junto ao CIH na implementação das ações preconizadas em seu planejamento, realização de diversas reuniões que exercitam o trabalho em equipe, o processo de implementação da Clínica Ampliada, assim como de cogestão, onde estão ocorrendo encontros semanais conduzidos pelo Superintendente Daniel Bonini e com a participação de todos os gerentes e coordenadores da Santa Casa, abordando assuntos referente: situação financeira, ambiência, atendimentos, portaria, contratos, entre outros. Portanto, observa-se que as equipes da instituição 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, mediante os 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.



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	3,00	No período avaliado das 3.062 AIHs apresentadas, 2.601 corresponde ao mês de referência, o que representa um percentual de 84,94%. 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 2.881 APACs apresentadas, 2.768 corresponde ao mês subsequente à realização do procedimento, o que representa um percentual de 96,08%. 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 3.208 AIHs, das quais 3.112 possuem caracterização correta em relação ao Caráter de Internação (Urgência/Eletiva), representando 97,01%.
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 duas vezes, sendo a primeira reunião em 25/07/2018 e a segunda em 29/08/2018. No mês de setembro não houve reunião. A instituição anexou no Portal CROSS Relatório e Ata da reunião, 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: 17/07/2018, 28/08/2018 e 18/09/2018. 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: 24/07/2018, 24/08/2018, 27/08/2018, 24/09/2018 e 28/09/2018. A partir do mês de agosto, a Comissão passou a reunir-se duas vezes ao mês, considerando o número de óbitos a serem analisados. A Comissão foi orientada a analisar todos os óbitos ocorridos, Conforme 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. 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	A comissão reuniu-se mensalmente, de acordo com o Regimento Interno. As reuniões foram realizadas nas seguintes datas: 23/07/2018, 27/08/2018 e 24/09/2018. 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	
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 03/2018. 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 no mês de Julho, Alvará com data de validade em 05/04/2019 e Protocolo de Renovação da Licença de Funcionamento. Nos meses de Agosto e Setembro foi anexado no Portal Cross, Licença de Funcionamento expedida pela VISA local com validade até 06/02/2019.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
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 1.932 cirurgias agendadas, 158 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 8,18%. Observa-se uma aumento 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.
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 843 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 790 o que representa um percentual de recusa de 93,71% 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.
28 A21. Percentual de Vaga Zero determinada pela Central de Regulação	PERTINENTE	5,00	5,00	Segundo o sistema da CROSS, durante o período avaliado das 114 solicitações da Central de Urgência, 11 foram vaga zero, correspondendo a 9,65%. Alcançando 05 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	Anexados o balanço patrimonial de 2016 / 2017 e declaração da análise financeira assinada e carimbada. Observa-se que o relatório / justificativa do contador com demonstrações contábeis ao exercício findo em 31/12/2017. Observações/recomendações: Liquidez Corrente ? 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	Anexados o balanço patrimonial de 2016 / 2017 e declaração da análise financeira assinada e carimbada. Observa-se que o relatório / justificativa do contador com demonstrações contábeis ao exercício findo em 31/12/2017. Observações/recomendações: Liquidez Geral ? 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. Cabe destacar que foi digitado o valor de 75.185.876,10 no numerador erroneamente. Nos relatórios anexados no Portal os dados estão corretos. 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	Anexados o balanço patrimonial de 2016 / 2017 e declaração da análise financeira assinada e carimbada. Observa-se que o relatório / justificativa do contador com demonstrações contábeis ao exercício findo em 31/12/2017. Observações/recomendações: Solvência Geral ? 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	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 96 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. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados.

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: (11+14+13)/(34+34+34)x100 = 37,25%.



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	3,00	A Instituição informou conforme anexos o total de 9.570 paciente/dia de 10.856 leitos/dia, que corresponde a 88,15% de ocupação das referidas clínicas. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.
36	B03. Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado houve um total de 1.380 pacientes/dia e 1.380 leitos/dia, que corresponde a 100% de ocupação de leitos de Terapia Intensiva. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, carimbados e assinados. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.
37	B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 6.940 pacientes/dia e 2.611 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,66 dias de média de permanência na Especialidade Clínica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.
38	B05. Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 2.630 pacientes/dia e 1.023 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,57 dias de média de permanência na Especialidade Clínica Cirúrgica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.
39	B06. Tempo médio de permanência - UTI Adulto	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 1.380 pacientes/dia e 326 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 4,23 dias de média de permanência na UTI. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.
40	B07. Taxa de mortalidade institucional	PERTINENTE	2,00	1,00	: No período avaliado, houve 223 óbitos e 5.281 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 4,22%. 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 14.242 pacientes/dia, ocorreram no período 04 quedas o que representa 0,28. Os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados, constando os motivos e as ações implementadas.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
43	B10. Índice de rotatividade	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado, a instituição informou que houve 3.029 saídas ? SUS com 549 leitos onde obteve um índice de rotatividade de 5,52. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES. Considerando que nos meses de julho a agosto os relatórios e dados digitados no Portal CROSS, indicam o número total de leitos (incluindo os complementares), após orientação da Equipe técnica do DRS, a Instituição fez os ajustes solicitados, e no mês de setembro consta o número correto de leitos gerais. Na competência setembro a Instituição anexou relatório informando as alterações, segue abaixo os dados corretos: Julho: 947 saídas SUS, 161 leitos gerais, totalizando 5,88 de rotatividade. Agos 1.035 saídas SUS, 161 leitos gerais, totalizando 6,43 de rotatividade. Setembro: 943 saídas SUS, 161 leitos gerais, totalizando 5,86 de rotatividade. Considerando os dados acima, no período avaliado, a instituição informou que houve 2.925 saídas ? SUS com 483 leitos gerais, onde obteve um índice de rotatividade de 6,06.
44	B11. Índice de uso de sala cirúrgica	PERTINENTE	2,00	1,00	No trimestre avaliado foram realizadas 3.010 cirurgias e disponibilizadas 1.012 salas. Tendo um índice de uso de sala cirúrgica de 2,97. Todos os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES. Considerando que nos meses de julho a agosto os relatórios e dados digitados no Portal CROSS, indicam o número total de cirurgias (incluindo equivocadamente as cirurgias ambulatoriais, após orientação da Equipe técnica do DRS, a Instituição fez os ajustes solicitados, e no mês de setembro consta o número correto de cirurgias realizadas, conforme preconizado no indicador. Na competência setembro a Instituição anexou relatório informando as alterações, segue abaixo os dados corretos: Julho: 1.008 cirurgias realizadas, 341 salas cirúrgicas, totalizando 2,96. Agos 977 cirurgias realizadas, 341 salas cirúrgicas, totalizando 2,92. Setembro: 915 cirurgias realizadas, 330 salas cirúrgicas, totalizando 2,77. Observações/recomendações: No trimestre avaliado foram realizadas 2.920 cirurgias e disponibilizadas 1.012 salas. Tendo um índice de uso de sala cirúrgica de 2,89. A instituição alcançou 01 ponto no indicador de acordo com score.
TOTAL			103,00	87,00	
				84,47%	

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