



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 31 / 07 / 2019 e a nacional em 08 / 08 / 2019, no mês de Agosto a atualização local ocorreu em 05 / 09 / 2019 e a nacional em 09 / 09 / 2019 e no mês de Setembro a atualização local ocorreu 26 / 09 / 2019 e a nacional em 09 / 10 / 2019. Os relatórios gerados pela Instituição foram anexados no Portal CROSS, referente ao mês de Julho datado de 04 / 07 / 2019 informando que houve alterações no CNES referente a RH; referente ao mês de Agosto datado de 06 / 09 / 2019 informando que houve alterações referente a RH e referente ao mês de Setembro datado em 09 / 09 / 2019 informando que houve alteração referente a Rh e alteração de Responsável Técnico do Serviço de Hemoterapia.
2	A02.1. CID secundário informado - Pediatria	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 233 AIHs, das quais 199 possuem CID secundário, o que representa 85,41%. 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 540 AIHs, das quais 540 possuem CID secundário, o que representa 100%. 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 1.185 AIHs, das quais 1.165 possuem CID secundário, o que representa 98,31%. 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 1.568 AIHs, das quais 1.159 possuem CID secundário, o que representa 73,92%. 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 180 atualizações no Portal CROSS das 184 esperadas, atingindo o percentual de 97,83%.
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 804 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência 718 foram respondidas em até 59 minutos e 59 segundos, o que representa um percentual de 89,30%. 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 1.597 sendo que 1.593 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 99,75%. 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 13.628, destes, 13.559 foram informados dentro do prazo, correspondendo a 99,79%. 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 18.328 consultas / exames no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS no prazo estabelecido, sendo que 18.990 foram o total de agendas disponibilizadas no período, o que representa 96,51%. Alcançando 05 Pontos no Score.
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 14.494 atendimentos, sendo: 93 classificados como emergência (0,64%), 1.040 Muito Urgente (7,18%), 5.245 Urgente (36,19%), 7.101 Pouco urgente (48,99%), 526 não urgente (3,63%) e 489 situações incompatíveis (3,37%). Observa-se que 44,01% dos atendimentos foram classificados como Emergência, Muito Urgente e Urgente e 55,99% classificados como Pouco Urgente; Não Urgente e Situações Incompatíveis.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
12	A09. Alta Hospitalar Responsável	PERTINENTE	2,00	2,00	Anexado relatório do Indicador com avaliação geral do trimestre elaborado por Elânia Ferreira do Núcleo Técnico de Humanização da SES / SP devidamente identificado, datado e assinado. 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. 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. Considera-se neste trimestre, Indicador ?implantado?.
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	Anexado relatório do Indicador com avaliação geral do trimestre elaborado por Elânia Ferreira do Núcleo Técnico de Humanização da SES / SP, devidamente identificado, datado e assinado. 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: A equipe da Santa Casa de São Carlos 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 que a instituição enfrenta e que se estende por longa data. Observa-se o esforço da equipe multidisciplinar, no árduo exercício para implementar a Clínica Ampliada, melhorias em relação a Segurança do paciente, construção de Projeto Terapêutico Singular com inserção do familiar na discussão do plano terapêutico, discussão de casos, dentre outros. Importante destacar também, o investimento na valorização do canal de escuta do usuário que vem se qualificando e legitimando institucionalmente nos serviços de Ouvidoria e Pesquisa de Satisfação que tem avançado, qualificado e transformado dados em informações importantes, que merecem atenção e utilização primorosa como ferramenta de gestão. A partir de Julho / 2019, inauguraram a visita diária do Assistente de Relacionamento ao leito, para ouvir pacientes e familiares, suas demandas e observações. Observa-se empenho e persistência da equipe no que refere à produção do cuidado e qualificação da assistência, entretanto há desafios que impactam diretamente, como a rotatividade de profissionais que a equipe enfrenta no desenvolvimento de ações e que fragilizam os processos em rede interna e externa. 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. Neste trimestre, considera-se ?Implantado? o Indicador A11. 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.



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)	NÃO PERTINENTE	3,00	3,00	Julho: Das 1.271 AIHs apresentadas no período, 1.061 AIHs com apresentação no mês de referência, totalizando 83,48% de AIHs apresentadas com alta no mês de competência. Agos Das 1.131 AIHs apresentadas no período, 1.054 AIHs com apresentação no mês de referência, totalizando 93,19% de AIHs apresentadas com alta no mês de competência. Setembro: Das 1.122 AIHs apresentadas no período, 1.061 AIHs com apresentação no mês de referência, totalizando 94,56% de AIHs apresentadas com alta no mês de competência. Observações / recomendações: No período avaliado das 3.524 AIHs apresentadas, 3.176 corresponde ao mês de referência, o que representa um percentual de 90,12%. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais estando os mesmos identificados e assinados. Cabe destacar que os dados digitados na competência julho, estão divergentes do relatório da mesma competência. A Gestão informou que digitou equivocadamente o quantitativo de AIHs apresentadas. Segue abaixo os dados a serem considerados na avaliação: Julho: Das 1.272 AIHs apresentadas no período, 1.061 AIHs com apresentação no mês de referência, totalizando 83,41% de AIHs apresentadas com alta no mês de competência. Agos Das 1.131 AIHs apresentadas no período, 1.054 AIHs com apresentação no mês de referência, totalizando 93,19% de AIHs apresentadas com alta no mês de competência. Setembro: Das 1.122 AIHs apresentadas no período, 1.061 AIHs com apresentação no mês de referência, totalizando 94,56% de AIHs apresentadas com alta no mês de competência. Observações / recomendações: No período avaliado das 3.525 AIHs apresentadas, 3.176 corresponde ao mês de referência, o que representa um percentual de 90,10%.
16	A13. Apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato a realização do procedimento (APAC)	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado das 3.299 APACs apresentadas, 3.024 corresponde ao mês subsequente à realização do procedimento, o que representa um percentual de 91,66%. 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 3.526 AIHs, das quais 3.521 possuem caracterização correta em relação ao Caráter de Internação (Urgência / Eletiva), representando 99,86%.
18	A15.1. Comissões - Ética Médica	PERTINENTE	0,50	0,50	Comissão de Ética Médica ? De acordo com o regimento interno, as reuniões da Comissão de Ética da Instituição são bimestrais. No período avaliado a Comissão reuniu-se em 17 / 07 / 2019, 21 / 08 / 2019 e 04 / 09 / 2019. Certificado da Comissão de Ética Médica com validade até 18 / 10 / 2020. 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: 30 / 07 / 2019, 20 / 08 / 2019 e 24 / 09 / 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	A Instituição anexou no trimestre avaliado as Atas assinadas pelos participantes, sendo que a mesma reuniu-se em: 30 e 31 / 07 / 2019, 28 e 29 / 08 / 2019, e 26 e 27 / 09 / 2019, sendo em Jul / 19 82 óbitos, 73 analisados; Ago / 19 103 óbitos e 95 analisados; e Set / 19 88 óbitos e 76 analisados, com um total de óbitos no trimestre de 273 e analisados 244. Cabe destacar que a Resolução CREMESP Nº 114, de 01 de Junho de 2005, 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 as reuniões realizadas no período avaliado, entendemos que a Comissão de Óbito 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: 29 / 07 / 2019, 26 / 08 / 2019 e 30 / 09 / 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	
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. Em Maio apresentou a 6ª revisão do plano, a próxima revisão esta marcada para Nov / 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 a Licença de Funcionamento expedida pela VISA em 14 / 06 / 2019 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 1.969 cirurgias agendadas, 144 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 7,31%. 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 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 804 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 705 o que representa um percentual de recusa de 87,69% 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	5,00	Segundo o sistema da CROSS, durante o período avaliado das 160 solicitações da Central de Urgência, 16 foram vagas zero, correspondendo a 10,00%.
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.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
30	A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC)	PERTINENTE	2,00	0,00	Foi anexado em 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	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	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 116 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, ligados à assistência 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 leve melhora 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+16+15) / (34+34+34)x100 = 45,10%.



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 10.076 paciente / dia de 11.040 leitos / dia, que corresponde a 91,27% de ocupação das referidas clínicas.	
36 B03. Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto	NÃO PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado houve um total de 1.646 pacientes / dia e 1.380 leitos / dia, que corresponde a 119,28% de ocupação de leitos de Terapia Intensiva. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, carimbados e assinados. O percentual acima de 100% de taxa de ocupação de pacientes se dá em virtude da utilização de leitos não SUS para SUS.	
37 B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 6.582 pacientes / dia e 1.656 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 3,97 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 3.494 pacientes / dia e 1.169 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,99 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 1.646 pacientes / dia e 401 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 4,10 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 207 óbitos e 5.870 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 3,53%. 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 14.839 pacientes / dia, ocorreram no período 12 quedas o que representa 0,81. 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 3.617 saídas ? SUS com 489 leitos gerais destinados ao SUS, onde obteve um índice de rotatividade de 7,40.	
44 B11. Índice de uso de sala cirúrgica	PERTINENTE	2,00	1,00	No trimestre avaliado foram realizadas 2.692 cirurgias e disponibilizadas 920 salas. Tendo um índice de uso de sala cirúrgica de 2,93. 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, 01 sala é ambulatorial, devendo ser computadas 10 salas no indicador.	
TOTAL		103,00	85,00		
			82,52%		

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.