

AVALIAÇÃO DOS MESES DE JANEIRO A ABRIL DE 2025 DO PLANO DE TRABALHO DO CONVÊNIO FIRMADO ENTRE A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JACAREÍ E A SECRETARIA DE SAÚDE DE JACAREÍ.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS:

Trata-se da avaliação das metas quali-quantitativas referentes ao 1º Quadrimestre de 2025 do convênio nº 1.131.00/2023, firmado para complementação da assistência à saúde da população do município de Jacareí e suas referências pactuadas oferecendo serviços de assistência hospitalar, Serviço de Apoio e Diagnóstico externo – SADT eletivo, entre outros conforme plano de trabalho.

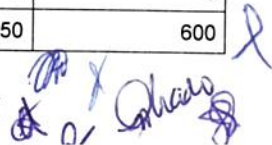
RESULTADOS ALCANÇADOS:

ITEM 5.2. SERVIÇO DE APOIO E DIAGNÓSTICO EXTERNO – SADT ELETIVO

Refere-se à oferta de exames e procedimentos à Central de Regulação para agendamentos eletivos.

ITEM 5.2. SERVIÇO DE APOIO E DIAGNÓSTICO EXTERNO - SADT ELETIVO

Agendas disponibilizadas SADT's Eletivos	Cota Quadrimestral	Cota Mensal	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Vagas Disponibilizadas quadrimestral
Angiotomografia	32	8	8	10	11	12	41
Avaliação Urodinâmica Completa	4	1	0	0	4	0	4
Biópsia percutânea de fígado guiada por imagem (ambiente hospitalar)	4	1	0	0	0	0	0
Broncoscopia	4	1	0	1	0	0	1
Campimetria	240	60	60	60	60	60	240
Colonoscopia	520	130	91	241	189	211	732
Colonoscopia Centro Cirúrgico	40	10	15	4	14	28	61
Colonoscopia c/ preparo internado	40	10	1	0	6	8	15
Endoscopia Digestiva Alta	400	100	104	100	101	76	381
Fotocoagulação a laser	16	4	4	4	0	5	13
Gonioscopia	56	14	14	14	14	14	56
Iridotomia	28	7	0	14	7	7	28
Laringoscopia / Nasolaringoscopia (18 + 12)	120	30	29	30	30	30	119
Laringoscopia c/ biópsia	4	1	0	0	0	0	0
Mapeamento de Retina	600	150	150	150	150	150	600



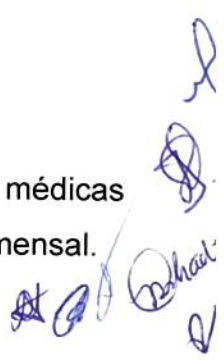
Pan Fotocoagulação	20	5	5	5	0	9	19
Paquimetria	200	50	50	50	49	50	199
Potencial de Acuidade Visual	20	5	5	5	5	5	20
Radiologia Clínica	8.500	2.125	2.552	2.954	2.851	2.890	11.247
Raio X EED	4	1	2	1	1	1	5
Raio X Trânsito Intestinal	4	1	0	0	0	1	1
Retinografia Colorida	160	40	40	40	40	40	160
Retinografia Fluorescente	40	10	10	11	10	10	41
Retossigmoidoscopia	80	20	20	20	20	21	81
Tomografia c/ contraste	292	73	79	73	74	78	304
Tomografia s/ contraste	756	189	198	202	183	192	775
Tomografia de Coerência Óptica	48	12	24	12	12	12	60
Topografia Computadorizada	72	18	18	18	18	18	72
Tratamento Esclerosante/ Ligadura Elástica de Lesão do Aparelho Digestivo	20	5	6	6	6	5	23
Ultrassonografia	3.968	992	1.180	1.157	1.178	1.150	4.665
Ultrassonografia com doppler colorido de vasos (ate 3 vasos)	200	50	62	65	62	60	249
Ultrassonografia Globo Ocular	48	12	18	12	12	12	54
Ultrassonografia de Bolsa Escrotal c/ doppler	16	4	1	0	0	0	1
Uretrocistografia	20	5	5	6	5	5	21
Urografia Excretora	4	1	1	1	0	0	2
Yag Laser	136	34	0	67	34	34	135
Total	16.716	4.179	4.752	5.333	5.146	5.194	20.425

Referente às ofertas de SADT's Eletivos, de acordo com a cota quadrimestral pactuada, sendo está de 16.716 exames e dentro do período avaliado (janeiro a abril de 2025) o hospital ofertou 20.425 exames, ou seja, cumprindo 122,19% da meta.

Cumpre-nos informar que não tivemos dentro do período avaliado, demanda de pacientes suficiente, conforme pactuado para os exames de Biópsia percutânea de fígado guiada por imagem (ambiente hospitalar), Broncoscopia, Laringoscopia com biópsia, Fotocoagulação a laser, Raio X Trânsito Intestinal e Urografia Excretora, motivo pelo qual não registramos a oferta de vagas, mesmo o hospital tendo a disponibilidade deste serviço.

ITEM 5.3. CONSULTA DE 1ª VEZ

Refere-se ao quantitativo de primeiras consultas em especialidades médicas cirúrgicas ofertadas à Central de Regulação de acordo com a cota pactuada mensal.



Avaliações Cirúrgicas - Consulta de 1ª vez	Cota Quadrimestral	Cota Mensal	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Vagas Disponibilizadas (quadrimestral)
Cabeça e Pescoço	72	18	18	0	18	19	55
Cirurgia Geral	680	170	90	70	104	184	448
Cirurgia Torácica	40	10	10	10	10	10	40
Cirurgia Vasculard	200	50	64	64	64	32	224
CPRE	4	1	2	0	0	0	2
Ginecológica	200	50	45	37	51	89	222
Ginecológica - Laqueadura	60	15	6	15	15	58	94
Oftalmologia	596	149	148	149	147	147	591
Oftalmologia - Pterígio	60	15	15	15	15	15	60
Oftalmologia - Calázio	4	1	1	1	2	1	6
Ortopedia - Joelho	32	8	8	8	8	8	32
Ortopedia - Mão	48	12	12	13	11	10	46
Ortopedia - Ombro	32	8	8	8	8	8	32
Ortopedia - Pé e Outros	40	10	10	10	10	5	35
Ortopedia - Pediátrica	8	2	2	2	2	2	8
Ortopedia - Quadril	24	6	6	6	4	6	24
Otorrinolaringologia	60	15	11	19	15	15	60
Pediatria	60	15	16	15	15	15	61
Pequena Cirurgia	240	60	60	60	27	47	194
Proctologista	40	10	10	10	10	10	40
Urologia - Geral	160	40	41	40	36	42	159
Urologia - Vasectomia	16	4	4	4	4	3	19
Avaliações para biópsia	12	3	1	1	0	0	3
Total	2.688	672	588	557	576	726	2.447

Referente às ofertas de Consulta Eletivas de primeira vez, de acordo com a cota quadrimestral pactuada, sendo esta, de 2.688 consultas e dentro do período avaliado (janeiro a abril de 2025) o hospital ofertou 2.447 consultas, representando 91,03%.

ITEM 5.4. INTERNAÇÕES EM CLÍNICA MÉDICA E PEDIÁTRICA

Refere-se a metas de internações clínicas e pediátricas gerais.

Unidades de Internação	Cota Quadrimestral	Cota Mensal	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total realizado no Quadrimestre
Clínica Médica	1.504	376	334	321	344	333	1.332
Clínica Pediátrica	136	34	13	22	28	42	105
Total	1.640	410	347	343	372	375	1.437

De acordo com os resultados obtidos pudemos constatar que dentro do período avaliado janeiro a abril de 2025, este hospital faturou 1.437 internações de leitos clínicos e pediátricos, representando 87,62% das internações conforme meta pactuada.

ITEM 5.5. INTERNAÇÕES EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Unidades de Internação	Cota Quadrimestral	Cota Mensal	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total realizado no Quadrimestre
Eletivas	985	246	138	139	168	197	64
Urgência	436	109	121	107	118	129	47
Total	1.421	355	259	246	286	326	1.11

De acordo com os resultados obtidos pudemos constatar que dentro do período avaliado janeiro a abril de 2025 este hospital faturou 1.117 internações de leitos cirúrgicos eletivos e de urgência, representando 78,60% das internações conforme meta pactuada. Cumpre-nos informar que dentro do período avaliado tivemos o total de 157 cirurgias canceladas e 39 suspensas.

ITEM 6. AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS

O respectivo item refere-se às Metas Físicas pactuadas, contemplando a assistência ambulatorial e hospitalar nas cirurgias eletivas, tendo seus resultados evidenciados em planilha anexa.

Quanto aos grupos 1,2,3,4,5,6,8,9,10,14 o hospital atingiu a pontuação máxima da meta pactuada.

Quanto aos grupos 7,11,12,13 e 15 o hospital não atingiu a totalidade das metas pactuadas pelos seguintes motivos:

Grupo 7= O não cumprimento desta meta refere-se a questões associadas ao absenteísmo, já outros exames como broncoscopia e laringoscopia c/ biópsia são realizados conforme demanda da Central de Regulação.

Ainda, no mês de abril tivemos 76 vagas de endoscopia devido as férias do profissional, a demanda de oferta foi reduzida.

Grupo 11 = No serviço de Tratamento clínico do sistema de Osteomuscular e Cirurgia do sistema osteomuscular, o não cumprimento da totalidade da meta, pois se trata de demanda espontânea, fatores intrínsecos do paciente e da conduta médica influenciam diretamente este indicador.

Grupo 12 = O não cumprimento se deu devido a oferta a menor da meta pactuada para Cirurgia ambulatorial.

Grupo 13 = O não cumprimento de alguns exames, refere-se ao absenteísmo, o que impactou diretamente no indicador.

Grupo 15 = Referente as cirurgias de colecistectomia, Pediatria, Torácica, Retirada de DJ, o não cumprimento da meta refere-se a falta de demanda.

Nas cirurgias ortopédicas o não cumprimento da meta, refere-se ao grande número de cirurgias de urgências.

Já nas demais especialidades, o não cumprimento da meta se deu em virtude do absenteísmo sem tempo hábil de preparação.

ITEM 7. AVALIAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS

O respectivo item refere-se às Metas Qualitativas pactuadas, apoiadas em indicadores numéricos, percentuais ou situacionais, a fim de avaliar o desempenho do hospital para atendimento do convênio firmado, tendo seus resultados evidenciados em planilha anexa.

Quanto aos itens 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.9, 7.10, 7.11, 7.13, 7.14, 7.15, 7.17, 7.18, 7.19, 7.21 e 7.22 o hospital atingiu o resultado esperado, garantindo a pontuação máxima de cada indicador.

Já nos itens 7.8, 7.12, 7.16, 7.20 o hospital não atingiu a pontuação máxima das metas pactuadas pelos seguintes motivos:

7.8 = INCIDÊNCIA DE QUEDA DE PACIENTES

De janeiro à abril de 2025 tivemos 16 eventos de queda de paciente, nenhum com dano moderado à grave; observa-se uma melhora de 44% no indicador em relação ao último quadrimestre de 2024, evidenciando a efetividades das ações realizadas. Os eventos de queda de pacientes que ocorreram na instituição, foram analisados qualitativamente todos os casos, preponderante, identificou-se como causa raiz destes casos fatores relacionados aos pacientes/ acompanhantes em não seguirem as orientações da enfermagem em chamá-los previamente ao levantar do leito. Está implantado na instituição, o protocolo "SCMJ.QUA.PI.006 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE QUEDAS- META 6.1" e como metodologia de gerenciamento deste processo, foi iniciado auditorias de segurança, que verifica in loco se as barreiras de segurança estão sendo seguidas, desta forma identificamos previamente a um evento de queda, circunstância de riscos e near miss, atuando, portanto, com foco na prevenção do evento. Como barreiras de segurança é entregue ao "Manual de Segurança do paciente" a todos os pacientes internados que tem o objetivo de informar os riscos aos quais os pacientes estão submetidos e quais são as responsabilidades dos profissionais e do próprio paciente/ familiar para prevenção da queda. Além disso, o paciente/ familiar assina o termo de ciência do risco de queda no momento da internação, bem como as medidas de prevenção que deverão ser seguidas.

7.12 = PERCENTUAL DE OFERTA DE CONSULTAS MÉDICAS DE PRIMEIRA VEZ PARA AVALIAÇÕES CIRÚRGICAS

Referente as avaliações para biópsia, o não cumprimento se deu pela falta de demanda da secretaria, já nas cirurgias ambulatoriais tivemos a saída de 1 profissional no mês de março/2025.

7.16 = TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

Tivemos o percentual de mortalidade institucional 8,91% no quadrimestre e a meta prevista no plano é igual ou menor a 7%.

O fato de não termos atingido a meta está relacionado ao perfil epidemiológico dos nossos pacientes que em sua prevalência internam em deterioração clínica, decorrente de acidentes automobilísticos, diagnóstico de câncer, AVC, IAM etc., ou seja, por condições clínicas não relacionadas a assistência.

Ainda, cumpre-nos esclarecer que este hospital é referência para atendimento de trauma decorrentes de acidentes automobilísticos nas rodovias que cercam a região. Embora haja esforços das equipes médicas e de assistência, muitos pacientes dão entrada com quadro grave e com o passar dos dias acabam evoluindo a óbito.

7.20 = TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PARA LEITOS DE CLINICA MÉDICA:

O fato de não termos atingido a meta, está relacionado ao perfil epidemiológico dos nossos pacientes que em sua prevalência internam em deterioração clínica, decorrente de acidentes automobilísticos, diagnóstico de câncer, AVC, IAM etc., ou seja, por condições clínicas que demandam um tratamento clínico prolongado. Outro agravante são os pacientes com problemas sociais, os quais mesmo em condições clínicas de alta, demandam interface efetiva com familiares e serviços de apoio para uma alta segura, processos os quais interfere na otimização da alta.

RELATÓRIO FINANCEIRO:

O Relatório de Prestação de Contas referente ao acompanhamento da execução financeira do Convênio encontra-se anexo a esta avaliação.

RESUMO DA PONTUAÇÃO:

	Metas	Pontuação Máxima
METAS QUANTITATIVAS - 60%	Grupo 1- Coleta de Materiais	5
	Grupo 2 - Diagnóstico em Lab. Clínico	5
	Grupo 3 - Diagnóstico Anatomia Patológica	5
	Grupo 4 - Diagnóstico por Radiologia	5
	Grupo 5 - Diagnóstico por Ultrassonografia	6
	Grupo 6 - Diagnóstico por Tomografia	7
	Grupo 7 - Diagnóstico por Endoscopia	6
	Grupo 8 - Hemoterapia	5
	Grupo 9 - Diagnósticos em Especialidades	7
	Grupo 10 - Consultas / Atendimentos	5
	Grupo 11 - Ambulatório de Trauma	2
	Grupo 12 - Cirurgias Ambulatoriais	4
	Grupo 13 - Cirurgia do Aparelho da Visão	8
	Grupo 14 - Anestesiologia	5
	Grupo 15 - Leito Cirúrgico - Eletivo	6
METAS QUALITATIVAS - 40%	7.1 Cadastro CNES atualizado	3
	7.2 Comissão Ética Médica	3
	7.3 Comissão de Infecção Hospitalar	3
	7.4 Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente	3
	7.5 Comissão de Revisão de Óbitos	3
	7.6 Comissão de Revisão de Prontuários	3
	7.7 Densidade de incidência de Infecção de CVC em UTI Adulto	2
	7.8 Incidência de queda de paciente	1
	7.9 Visita ampliada com horários flexíveis	2
	7.10 Índice de Treinamento	3
	7.11 Oferta de vagas SADT eletivo	3
	7.12 Oferta de consultas médicas de 1ª vez (aval. cirúrgicas)	2
	7.13 Taxa de Satisfação dos usuários	2
	7.14 Taxa de Cirurgias Suspensas	3
	7.15 Taxa de Infecção Hospitalar	3
	7.16 Taxa de Mortalidade Institucional	1
	7.17 Taxa de ocupação de leitos de UTI Adulto	3
	7.18 Taxa de ocupação hospitalar	3
	7.19 Tempo médio de permanência em leitos cirúrgicos	3
	7.20 Tempo médio de permanência em clínica médica	1
	7.21 Identificação correta do paciente	2
	7.22 Elaboração e atualização dos POP's	3
Total		136

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A Comissão avalia, considerando os resultados apurados que o hospital Santa Casa de Misericórdia de Jacareí atingiu a pontuação de 81 pontos nas metas quantitativas e 55 pontos nas metas qualitativas, totalizando 136 pontos, fazendo jus ao recebimento de 100% do recurso financeiro.

Para os procedimentos em que não houve o cumprimento de meta na totalidade devido ao absenteísmo, a comissão sugere a adoção de medidas como a estratégia e *overbooking* para otimizar o cumprimento de metas.

Devido a demanda reprimida apresentada no item do ambulatório de Pequena Cirurgia, sugere-se que, nos próximos quadrimestres, o prestador regularize a oferta, e caso possível, oferte o quantitativo não disponibilizado devido a falta de profissional.

Quanto ao agrupamento de Cirurgias Eletivas, recomenda-se que, não havendo demanda em uma especialidade, a Santa Casa juntamente com a Central de Regulação realize um planejamento de forma a remanejar as cotas para especialidades com demanda reprimida.

Jacareí, 01 de setembro de 2025.

Representantes da Comissão de Acompanhamento do Convênio



Carina Martins Alves
Diretora de Planej. e Reg. de Serv. de Saúde



Elisete Sgorlon
Superintendente



Juliane Gil de Souza
Gerente de Faturamento



Kettlelin Arice Lima
Supervisora Administrativa



Mário Henrique Souza Soares
Supervisor de Serv. e Prog. de Saúde



Mônica Mara Cordeiro Machado
Assessora de Diretoria



Priscilla Gonçalves Candia
Diretora Financeira

Avaliação das Metas Quantitativas - 1º Quadrimestre (Jan/2025 a abr/2025)

Assistência Ambulatorial e Hospitalar - Santa Casa de Misericórdia de Jacarei

COD	DESCRIÇÃO	Nº CONTRATADO (mensal)			Nº CONTRATADO (quadrimestral)			PRODUÇÃO (quadrimestral)			Percentual de Cumprimento	Pontos Obtidos	Tabela de Pontuação					
		PAB	MC	AC	Total	PAB	MC	AC	Total	PAB				MC	AC	Total		
Grupo 1 - Coleta de Materiais																		
02.01	Biópsias e Punções	0	8	0	8	0	0	32	0	32	0	34	0	34	94,13%	5	≥90% = 05 < 90% ≥ 80% = 04 < 80% ≥ 70% = 03 < 70% = 02	
02.01.01.054-2	Biópsia percutânea de fígado guiada por TC	0	0	1	1	0	0	4	4	0	0	0	0	0				
02.01.02.004-1	Coleta de Material p/ exame laboratorial	370	0	0	370	1.480	0	0	1.480	1.393	0	0	0	1.393				
Grupo 2 - Diagnóstico em Lab. Clínico																		
02.02	Exames de Análises Clínicas	0	3.000	0	3.000	0	12.000	0	12.000	0	12.459	0	12.459	0	12.459	114,12%	5	≥90% = 05 < 90% ≥ 80% = 04 < 80% ≥ 70% = 03 < 70% = 02
02.14	Teste Rápido	0	2	0	2	0	8	0	8	0	4	0	4	4				
02.14.01.001-5	Glicemia Capilar	340	0	0	340	1.360	0	0	1.360	2.793	0	0	0	2.793				
Grupo 3 - Diagnóstico Anatomia Patológica																		
02.03.01.003-5	Exames de Citologia (exceto cervico-vaginal e mama)	0	1	0	1	0	4	0	4	0	6	0	6	6	114,77%	5	≥90% = 05 < 90% ≥ 80% = 04 < 80% ≥ 70% = 03 < 70% = 02	
02.03.02.003-0	Exames de Anatomia Patológica	0	15	0	15	0	60	0	60	0	45	0	45	45				
02.03.02.004-9	Imunohistoquímica de Neoplasias Malignas	0	6	0	6	0	24	0	24	0	50	0	50	50				
Grupo 4 - Diagnóstico por Radiologia																		
02.04	Radiologia Clínica	0	3.000	0	3.000	0	12.000	0	12.000	0	13.813	0	13.813	0	13.813	114,94%	5	≥ 90% = 05 < 90% ≥ 80% = 04 < 80% ≥ 70% = 03 < 70% = 02
02.04	Radiologia Contrastada	0	7	0	7	0	28	0	28	0	19	0	19	19				
02.04.03.008-0	Radiologia de esôfago (RX EED)	0	1	0	1	0	4	0	4	0	1	0	1	1				
02.04.05.014-6	Radiologia de estômago e duodeno (RX EED)	0	1	0	1	0	4	0	4	0	1	0	1	1				
Grupo 5 - Diagnóstico por Ultrassonografia																		
02.05	Ultrassonografia Geral	0	992	0	992	0	3.968	0	3.968	0	3.838	0	3.838	0	3.838	97,85%	6	≥ 90% = 06 < 90% ≥ 80% = 05 < 80% ≥ 70% = 04 < 70% = 03
02.05.01.004-0	USG c/ Doppler Colorido de vasos	0	50	0	50	0	200	0	200	0	208	0	208	208				
02.05.02.002-0	Paquimetria Ultrassônica (Monocular)	0	50	0	50	0	200	0	200	0	173	0	173	173				
02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal c/ doppler	0	4	0	4	0	16	0	16	0	1	0	1	1				
02.05.02.008-9	Ultrassonografia De Globo Ocular (Monocular)	0	20	0	20	0	80	0	80	0	148	0	148	148				
Grupo 6 - Diagnóstico por Tomografia																		
02.06	Tomografia c/ e s/ contraste	0	0	457	457	0	1.828	1.828	1.828	0	1.942	0	1.942	1.942	105,70%	7	≥ 90% = 07 < 90% ≥ 80% = 06 < 80% ≥ 70% = 05 < 70% = 04	
02.06	Angiotomografia	0	0	8	8	0	32	32	32	0	24	0	24	24				
Grupo 7 - Diagnóstico por Endoscopia																		
02.09.01.002-9	Colonoscopia	0	130	0	130	0	520	0	520	0	526	0	526	526				
02.09.01.002-9	Colonoscopia Centro Cirúrgico	0	10	0	10	0	40	0	40	0	28	0	28	28				

[Handwritten signatures and initials]

02.09.01.002-9	Colonoscopia c/ preparo internado	0	10	0	10	0	40	0	40	0	4	0	4						
02.09.01.003-7	Endoscopia Digestiva Alta	0	100	0	100	0	400	0	400	0	296	0	296						
02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	0	20	0	20	0	80	0	80	0	49	0	49						
02.09.04.001-7	Broncoscopia	0	1	0	1	0	4	0	4	0	1	0	1						
02.09.04.002-5	Laringoscopia c/ biópsia	0	1	0	1	0	4	0	4	0	0	0	0						
02.09.04.002-5	Laringoscopia	0	18	0	18	0	72	0	72	0	13	0	13						
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia (nasolaringoscopia)	0	12	0	12	0	48	0	48	0	74	0	74						
03.03.07.001-3	Dilatação de esôfago c/ ogivas sob visão endoscópica (por sessão)	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1						
Grupo 8 - Hemoterapia																			
02.12	Diagnósticos e Proc. Especiais em Hemoterapia	0	650	0	650	0	2.600	0	2.600	0	2.486	0	2.486						
03.06	Procedimentos Clínicos em Hemoterapia	0	420	0	420	0	1.680	0	1.680	0	1.631	0	1.631						
Grupo 9 - Diagnósticos em Especialidades																			
02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	0	290	0	290	0	1.160	0	1.160	0	1.208	0	1.208						
02.11.06.001-1	Biometria Ultrassônica (Monocular)	0	125	0	125	0	500	0	500	0	502	0	502						
02.11.06.003-8	Campimetria Computorizada - Campo Visual	0	60	0	60	0	240	0	240	0	196	0	196						
02.11.06.011-9	Gonioscopia (Binocular)	0	14	0	14	0	56	0	56	0	41	0	41						
02.11.06.012-7	Mapeamento de Retina (Monocular)	0	430	0	430	0	1.720	0	1.720	0	1.474	0	1.474						
02.11.06.014-3	Microscopia Especial de Córnea (Monocular)	0	5	0	5	0	20	0	20	0	7	0	7						
02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual	0	5	0	5	0	20	0	20	0	14	0	14						
02.11.06.017-8	Retinografia Colorida Binocular	0	40	0	40	0	160	0	160	0	153	0	153						
02.11.06.018-6	Retinografia Fluorescente Binocular	0	10	0	10	0	40	0	40	0	32	0	32						
02.11.06.026-7	Topografia Computorizada de Córnea (Binocular)	0	146	0	146	0	584	0	584	0	518	0	518						
02.11.06.028-3	Tomografia de Coerência Óptica (OCT)	0	0	0	12	0	0	0	48	0	3	0	3						
02.11.09.001-8	Avaliação Urodinâmica Completa	0	1	0	1	0	4	0	4	0	2	0	2						
Grupo 10 - Consultas / Atendimentos																			
03.01.01.004-8	Consulta de Profissional de Nivel Superior na At. Especializada (exceto Médico)	0	198	0	198	0	792	0	792	0	165	0	165						
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	0	2.140	0	2.140	0	8.560	0	8.560	0	9.135	0	9.135						
03.01.06.002-9	Atendimento de Urgência c/ observação 24 horas em At. Especializada	0	145	0	145	0	580	0	580	0	390	0	390						
03.01.06.006-1	Atendimento de Urgência em At. Especializada	0	670	0	670	0	2.680	0	2.680	0	3.213	0	3.213						
03.01.06.010-0	Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória	0	95	0	95	0	380	0	380	0	808	0	808						
03.01.06.011-8	Acolhimento com classificação de Risco	675	0	0	675	0	2.700	0	2.700	0	3.484	0	3.484						
03.01.10.001-2	Administração Medicamento na At. Especializada	0	240	0	240	0	960	0	960	0	1.127	0	1.127						
															108,81%	5	≥ 90% = 05 < 90% ≥ 80% = 04 < 80% ≥ 70% = 03 < 70% = 02		
															92,31%	7	≥ 90% = 07 < 90% ≥ 80% = 06 < 80% ≥ 70% = 05 < 70% = 04		
															96,19%	5	≥ 90% = 05 < 90% ≥ 80% = 04 < 80% ≥ 70% = 03 < 70% = 02		
															82,05%	6	≥ 90% = 07 < 90% ≥ 80% = 06 < 80% ≥ 70% = 05 < 70% = 04		

Handwritten signatures and initials:








Grupo 15 - Leito Cirúrgico - Eletivo														
Cabeça e Pescoço	0	3	0	3	0	12	0	12	0	13	0	13		
Cirurgia Geral - Colectistomia	0	50	0	50	0	200	0	200	0	79	0	79		
Cirurgia Geral - Hérnia	0	48	0	48	0	192	0	192	0	155	0	155		
Cirurgia Geral - Outros / Gastro / Plástica	0	15	0	15	0	60	0	60	0	18	0	18		
Cirurgia Torácica	0	2	0	2	0	8	0	8	0	5	0	5		
Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE)	0	1	0	1	0	4	0	4	0	2	0	2		
Ginecológica - Geral	0	15	0	15	0	60	0	60	0	28	0	28		
Ginecológica - Histerectomia	0	10	0	10	0	40	0	40	0	39	0	39		
Ginecológica - Laqueadura	0	10	0	10	0	40	0	40	0	30	0	30		
Ortopedia - Joelho	0	4	0	4	0	16	0	16	0	10	0	10		
Ortopedia - Mão	0	12	0	12	0	48	0	48	0	37	0	37		
Ortopedia - Ombro	0	2	0	2	0	8	0	8	0	6	0	6		
Ortopedia - Pé / Quadril / Outros	0	9	0	9	0	36	0	36	0	28	0	28		
Ortopedia - Pediátrica	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2		
Otorrinolaringologia - Adenoamigdalectomia	0	4	0	4	0	16	0	16	0	1	0	1		
Otorrinolaringologia - Septoplastia / Turbinectomia	0	4	0	4	0	16	0	16	0	9	0	9		
Otorrinolaringologia - Timpanoplastia / Outros	0	2	0	2	0	8	0	8	0	1	0	1		
Pediatria	0	10	0	10	0	40	0	40	0	18	0	18		
Proctologia	0	9	0	9	0	36	0	36	0	28	0	28		
Tratamento Odontológico - (Pacientes Especiais)	0	2	0	2	0	8	0	8	0	4	0	4		
Urologia - Geral	0	9	0	9	0	36	0	36	0	37	0	37		
Urologia - OPME (Nefrolitotomia / Uretrolitotomia / Outros)	0	6	0	6	0	24	0	24	0	23	0	23		
Urologia - Retirada de Cateter Duplo J	0	2	0	2	0	8	0	8	0	0	0	0		
Urologia - Postectomia	0	3	0	3	0	12	0	12	0	12	0	12		
Urologia - Vasectomia	0	2	0	2	0	8	0	8	0	8	0	8		
Vascular	0	12	0	12	0	48	0	48	0	44	0	44		
												64,67%	6	<p>≥ 90% = 09 < 90% ≥ 80% = 08 < 80% ≥ 70% = 07 < 70% = 06</p>

Handwritten signature

Handwritten mark

Handwritten marks and signatures



Avaliação das Metas Qualitativas - 1º Quadrimestre (Jan a abril/2025)

Santa Casa de Misericórdia de Jacareí



nº	Indicador	Objetivo	Método de Cálculo	Meta	Resultado	Parâmetro e Bibliografia	Pontos Obtidos	Tabela de Pontuação
7.1	Cadastro do CNES atualizado	Manter mensalmente as informações de recursos humanos, equipamento e estrutura física do estabelecimento atualizados no SCNES	Relatório mensal com data da última atualização do CNES	04 meses atualizados	4	Portaria de Consolidação nº 02 de 28/09/2017	3	Relatório 04 meses = 03 Relatório 03 meses = 02 Relatório 02 meses = 01 Relatório 01 mês = 0
7.2	Comissão de Ética Médica	Garantir o funcionamento da Comissão de Ética Médica	(Atas das reuniões realizadas X 100) / total de reuniões realizadas no período, conforme regimento	100%	100%	Portaria de Consolidação nº 02 de 28/09/2017	3	100% = 03 < 100% ≥ 75% = 02 < 75% ≥ 50% = 01 < 50% = 0
7.3	Comissão de Infecção Hospitalar	Garantir o funcionamento da Comissão de Infecção Hospitalar	(Atas das reuniões realizadas X 100) / total de reuniões realizadas no período, conforme regimento	100%	100%	Portaria de Consolidação nº 02 de 28/09/2017	3	100% = 03 < 100% ≥ 75% = 02 < 75% ≥ 50% = 01 < 50% = 0
7.4	Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente	Garantir o funcionamento da Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente	(Atas das reuniões realizadas X 100) / total de reuniões realizadas no período, conforme regimento	100%	100%	Portaria de Consolidação nº 02 de 28/09/2017	3	100% = 03 < 100% ≥ 75% = 02 < 75% ≥ 50% = 01 < 50% = 0
7.5	Comissão de Revisão de Óbitos	Garantir o funcionamento da Comissão de Revisão de Óbitos	(Atas das reuniões realizadas X 100) / total de reuniões realizadas no período, conforme regimento	100%	100%	Portaria de Consolidação nº 02 de 28/09/2017	3	100% = 03 < 100% ≥ 75% = 02 < 75% ≥ 50% = 01 < 50% = 0
7.6	Comissão de Revisão de Prontuários	Garantir o funcionamento da Comissão de Revisão de Prontuários	(Atas das reuniões realizadas X 100) / total de reuniões realizadas no período, conforme regimento	100%	100%	Portaria de Consolidação nº 02 de 28/09/2017	3	100% = 03 < 100% ≥ 75% = 02 < 75% ≥ 50% = 01 < 50% = 0
7.7	Densidade de incidência de infecção por Catelet Venoso Central (CVC) em UTI Adulto	Monitorar a incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a utilização de Catelet Venoso Central em leitos de UTI Adulto	(Número de infecção primária de corrente sanguínea associada a catelet confirmada laboratorialmente X 1000) / total de pacientes-dia com catelet no mesmo período	≤ 3,34%	1,23%	3º Caderno de indicadores do Programa COH - 2009	2	≤ 3,34% = 02 ≥ 3,34% = 01
7.8	Incidência de queda de paciente	Monitorar a incidência de quedas no hospital	(Número de quedas x 1000) / número de pacientes-dia	≤ 0,92%	1,28%	ANAMP, 2018	1	≤ 0,92% = 02 > 0,92% ≤ 0,2% = 01 > 0,2% = 0
7.9	Visita ampliada com horários flexíveis para acompanhantes	Manter a estrutura organizacional do hospital para facilitar o acesso de familiares	Informativo institucional com horários de visitas	Relatório do quadrimestre	1	Política Nacional de Humanização (PNH)	2	Apresentação do Relatório = 02
7.10	Índice de Treinamento	Desenvolver uma política de Educação Permanente para trabalhadores do hospital visando desenvolvimento profissional e o fortalecimento do trabalho multiprofissional, a diminuição da segmentação do trabalho e a implantação do cuidado integral	(Número funcionários ouvintes no curso n x carga horária curso n) x 1000 / Número de horas/homem trabalhadas	≥ 10%	13,26%	3º Caderno de indicadores do Programa COH - 2009	3	≥ 10% = 03 < 10% ≥ 07% = 02 < 7% = 01
7.11	Percentual de oferta de vagas de SADT Eletivo	Disponibilizar para a Central de Regulação, 100% das agendas conforme tabela de SADT Eletivo	(Número de exames ofertados x 100) / total de exames pactuadas	100%	122,19%	Pactuação Plano de Trabalho	3	100% = 03 < 100% ≥ 90% = 02 < 90% ≥ 80% = 01 < 80% = 0
7.12	Percentual de oferta de consultas médicas de primeira vez para avaliações cirúrgicas	Disponibilizar para a Central de Regulação, 100% da agenda eletivas de primeira vez nas especialidades conveniadas.	(Número de consultas de primeira vez ofertadas x 100) / total de consultas pactuadas	100%	91,03%	Pactuação Plano de Trabalho	2	100% = 03 < 100% ≥ 90% = 02 < 90% ≥ 80% = 01 < 80% = 0
7.13	Taxa de Satisfação dos Usuários	Monitorar a qualidade do serviço prestado mediante a avaliação de satisfação dos usuários	(Número de avaliações com conceitos ótimo e bom X 100) / total de avaliações respondidas	≥ 85%	98,02%	Política Nacional de Humanização (PNH)	2	≥ 85% = 02 < 85% ≥ 75% = 01 < 75% = 0
7.14	Taxa de Cirurgias Suspensas	Acompanhar cirurgias suspensas por motivos que não dependeram do paciente	(Número de cirurgias suspensas por fatores extra-paciente-dia x 100) / total de cirurgias agendadas	≤ 10%	2,93%	3º Caderno de indicadores do Programa COH - 2009	3	≤ 10% = 03 > 10% ≤ 15% = 02 > 15% = 01

[Handwritten signatures and initials]

7.15	Taxa de Infecção Hospitalar	Acompanhar a taxa de infecção hospitalar	(número de infecção hospitalar de todos os sites no período x 100) / número de pacientes saídos (altas e óbitos).	≤ 2,26%	2,12%	3º Caderno de indicadores do Programa COH - 2009	3	≤ 2,26% = 03 > 2,26% ≤ 05% = 02 ≤ 05% = 01
7.16	Taxa de Mortalidade Institucional	Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação	(número de óbitos após 24 horas de internação x 100) / total de saídas	≤ 07%	8,91%	3º Caderno de indicadores do Programa COH - 2009	1	> 07% ≤ 12% = 01 ≤ 12% = 0 ≥ 80% = 03 < 80% ≥ 60% = 02 < 60% ≤ 50% = 01 < 50% = 0
7.17	Taxa de Ocupação de Leitos de UTI Adulto	Medir o grau de ocupação dos leitos de UTI Adulto	(número de paciente-dia, em período de 12 meses X 100) / número de leitos-dia no mesmo período (UTI)	80%	82,75%	Portaria de Habilitação	3	≥ 80% = 03 < 80% ≥ 60% = 02 < 60% ≤ 50% = 01 < 50% = 0
7.18	Taxa de Ocupação Hospitalar	Medir o grau de ocupação dos leitos hospitalares	(número de paciente-dia, em período de 12 meses X 100) / número de leitos-dia no mesmo período (UTI)	≥ 70%	77,38%	3º Caderno de indicadores do Programa COH - 2009	3	≥ 70% = 03 < 70% ≥ 60% = 02 < 60% ≥ 40% = 01 < 40% = 0
7.19	Tempo Médio de Permanência para leitos Cirúrgicos	Acompanhar o tempo de internação dos pacientes em leitos de clínica cirúrgica	número de paciente-dia, em determinado período / total de saídas no mesmo período (leito cirúrgico)	≤ 03	2	3º Caderno de indicadores do Programa COH - 2009	3	≤ 03 = 03 > 03 ≤ 05 = 02 > 05 = 01
7.20	Tempo Médio de Permanência para leitos de Clínica Médica	Acompanhar o tempo de internação dos pacientes em leitos de clínica médica	número de paciente-dia, em determinado período / total de saídas no mesmo período (leito clínico)	≤ 05	8	3º Caderno de indicadores do Programa COH - 2009	1	≤ 05 = 03 > 03 ≤ 07 = 02 > 07 = 01
7.21	Identificação correta do paciente	Garantir a identificação correta de cada paciente atendido no hospital.	Declaração do Núcleo de Segurança do Paciente, informando sobre as intercorrências relacionadas a falha de identificação dos pacientes e as providências tomadas com relação a ocorrência	Declaração do trimestre	1	Pactuação Plano de Trabalho	2	Apresentação da Declaração = 02
7.22	Elaborar e atualizar os Protocolos Operacionais Padrão, conforme práticas assistenciais	Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos atendimentos prestados aos usuários	Declaração do hospital garantindo a revisão e atualização dos POP's e Manuais vigentes de enfermagem, farmácia e nutrição	100% dos POP's atualizados	3	Pactuação Plano de Trabalho	3	03 Declarações = 03 02 Declarações = 02 01 Declaração = 01

2

Declarado

[Handwritten signatures and initials]