

**AVALIAÇÃO DOS MESES DE MAIO A AGOSTO 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 2º 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.


Agendas disponibilizadas SADT's Eletivos	Cota Quadrimestral	Cota Mensal	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Vagas Disponibilizadas quadrimestral
Angiotomografia	32	8	6	5	4	7	22
Avaliação Urodinâmica Completa	4	1	8	0	0	0	8
Biópsia percutânea de fígado guiada por imagem (ambiente hospitalar)	4	1	0	0	1	0	1
Broncoscopia	4	1	0	2	0	0	2
Campimetria	240	60	60	62	60	60	242
Colonoscopia	520	130	270	244	320	281	1.115
Colonoscopia Centro Cirúrgico	40	10	15	9	32	20	76
Colonoscopia c/ preparo internado	40	10	15	6	15	2	38
Endoscopia Digestiva Alta	400	100	103	153	127	154	537
Fotocoagulação a laser	16	4	0	5	0	3	8
Gonioscopia	56	14	14	14	14	14	56
Iridotomia	28	7	8	5	7	7	27
Laringoscopia / Nasolaringoscopia (18 + 12)	120	30	30	30	41	30	131

Laringoscopia c/ biópsia	4	1	0	0	0	0	0
Mapeamento de Retina	600	150	147	148	146	150	591
Pan Fotocoagulação	20	5	0	10	0	10	20
Paquimetria	200	50	49	50	48	50	197
Potencial de Acuidade Visual	20	5	5	5	5	5	20
Radiologia Clínica	8.500	2.125	2.836	2.823	3.018	2.500	11.177
Raio X EED	4	1	1	0	1	1	3
Raio X Trânsito Intestinal	4	1	0	0	1	0	1
Retinografia Colorida	160	40	39	39	39	40	157
Retinografia Fluorescente	40	10	10	10	10	10	40
Retossigmoidoscopia	80	20	20	19	20	20	79
Tomografia c/ contraste	292	73	80	79	74	76	309
Tomografia s/ contraste	756	189	191	189	190	193	763
Tomografia de Coerência Óptica	48	12	12	12	0	24	48
Topografia Computadorizada	72	18	18	16	18	18	70
Tratamento Esclerosante/ Ligadura Elástica de Lesão do Aparelho Digestivo	20	5	5	7	8	7	27
Ultrassonografia	3.968	992	1.177	1.157	1.013	1.194	4.541
Ultrassonografia com doppler colorido de vasos (ate 3 vasos)	200	50	61	60	61	61	243
Ultrassonografia Globo Ocular	48	12	9	10	10	12	41
Ultrassonografia de Bolsa Escrotal c/ doppler	16	4	5	10	12	9	36
Uretrocistografia	20	5	5	5	5	5	20
Urografia Excretora	4	1	1	1	0	0	2
Yag Laser	136	34	34	34	33	34	135
<b>Total</b>	<b>16.716</b>	<b>4.179</b>	<b>5.234</b>	<b>5.219</b>	<b>5.333</b>	<b>4.997</b>	<b>20.783</b>

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 (maio a agosto de 2025) o hospital ofertou 20.783 exames, ou seja, cumprindo 124,33% 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 na totalidade, mesmo o hospital tendo a disponibilidade deste serviço.



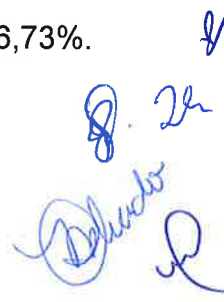


### ITEM 5.3. CONSULTA DE 1ª VEZ:

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	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Vagas Disponibilizadas (quadrimestral)
Cabeça e Pescoço	72	18	18	17	18	5	58
Cirurgia Geral	680	170	173	223	173	196	765
Cirurgia Torácica	40	10	5	6	0	12	23
Cirurgia Vascular	200	50	50	37	52	55	194
CPRE	4	1	2	0	0	0	2
Ginecologica	200	50	82	70	47	87	286
Ginecologica - Laqueadura	60	15	35	61	30	29	155
Oftalmologia	596	149	146	148	147	147	588
Oftalmologia - Pterígio	60	15	0	13	12	16	41
Oftalmologia - Calázio	4	1	0	0	0	1	1
Ortopedia - Joelho	32	8	6	7	6	8	27
Ortopedia - Mão	48	12	11	10	9	10	40
Ortopedia - Ombro	32	8	8	8	8	8	32
Ortopedia - Pé e Outros	40	10	13	10	10	10	43
Ortopedia - Pediátrica	8	2	3	2	2	2	9
Ortopedia - Quadril	24	6	6	6	6	7	25
Otorrinolaringologia	60	15	15	10	20	17	62
Pediatria	60	15	22	18	19	17	76
Pequena Cirurgia	240	60	37	35	49	32	153
Proctologista	40	10	7	10	6	9	32
Urologia - Geral	160	40	28	52	39	40	159
Urologia - Vasectomia	16	4	3	4	5	4	16
Avaliações para biópsia	12	3	3	1	1	1	6
<b>Total</b>	<b>2.688</b>	<b>672</b>	<b>673</b>	<b>748</b>	<b>659</b>	<b>713</b>	<b>2.793</b>

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 (maio a agosto de 2025) o hospital ofertou 2.793 consultas, representando 96,73%.

#### 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	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	Total realizado no Quadrimestre
Clínica Médica	1.772	322	333	349	349	346	1.377
Clínica Pediátrica	170	34	47	42	22	29	140
<b>Total</b>	<b>1.942</b>	<b>356</b>	<b>380</b>	<b>391</b>	<b>371</b>	<b>375</b>	<b>1.517</b>

De acordo com os resultados obtidos pudemos constatar que dentro do período avaliado maio a agosto de 2025, este hospital faturou 1.517 internações de leitos clínicos e pediátricos, representando 78,11% das internações conforme meta pactuada.

#### ITEM 5.5. INTERNAÇÕES EM CLÍNICA CIRÚRGICA:

Unidades de Internação	Cota Quadrimestral	Cota Mensal	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	Total realizado no Quadrimestre
Eletivas	1.031	206	226	179	200	239	844
Urgência	545	109	119	130	118	151	518
<b>Total</b>	<b>1.576</b>	<b>315</b>	<b>345</b>	<b>309</b>	<b>318</b>	<b>390</b>	<b>1.362</b>

De acordo com os resultados obtidos pudemos constatar que dentro do período avaliado maio a agosto de 2025 este hospital faturou 1.362 internações de leitos cirúrgicos eletivos e de urgência, representando 86,42% das internações conforme meta pactuada. Cumpre-nos informar que dentro do período avaliado tivemos o total de 154 cirurgias canceladas e 49 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 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13 e 14 o hospital atingiu a pontuação máxima da meta pactuada.

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

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 15 = Referente a Cirurgia geral, Pediatria, Torácica e Retirada de DJ o não cumprimento da meta em sua totalidade, 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, 7.9, 7.10, 7.11, 7.12, 7.13, 7.14, 7.15, 7.16, 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 7.7, 7.8, 7.20 o hospital não atingiu a pontuação máxima das metas pactuadas pelos seguintes motivos:

### **7.7 = DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO POR CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) EM UTI ADULTO:**

No período analisado (maio a agosto) ocorreram 6 casos de infecções hospitalar. Os casos foram analisados qualitativamente e identificamos que fatores relacionados a condição clínica do paciente como múltiplas comorbidades, não tolerância a mudança de decúbito e maior tempo de permanência hospitalar, tornaram-se fatores de risco importantes para esta incidência. Como plano de ação, afim de atuar em fatores contribuintes evitáveis, desenvolvemos os seguintes planos de ação: treinamentos in loco com a equipe multidisciplinar, reforçando a importância da higienização das mãos em todas as etapas da assistência, auditorias sobre implementação de barreiras de segurança para prevenção de infecção hospitalar, bem como o gerenciamento do resultado.

### **7.8 = INCIDÊNCIA DE QUEDA DE PACIENTES:**

Registra-se que no período avaliado (maio a agosto) nenhuma queda culminou em evento adverso com dano moderado à grave. 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. Ressaltamos que permanece 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.

## 7.20 = TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PARA LEITOS DE CLÍNICA 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	7
	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	5
	Grupo 13 - Cirurgia do Aparelho da Visão	9
	Grupo 14 - Anestesiologia	5
	Grupo 15 - Leito Cirúrgico - Eletivo	8
METAS QUALITATIVAS	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	1
7.8 Incidência de queda de paciente	0
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	2
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	2
7.21 Identificação correta do paciente	2
7.22 Elaboração e atualização dos POP's	3
<b>Total</b>	<b>141</b>

### CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A Comissão avalia, considerando os resultados apurados que o hospital Santa Casa de Misericórdia de Jacareí atingiu a pontuação de 86 pontos nas metas quantitativas e 56 pontos nas metas qualitativas, totalizando 141 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.

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, 19 de janeiro de 2026.

**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**



Diego Henrique Souza Soares  
**Supervisor de Serv. e Prog. de Saúde**



Mônica Mara Cordeiro Machado  
**Assessora de Diretoria**



Priscilla Gonçalves Candia  
**Diretora Financeira**



Comissão de Acompanhamento do Convênio  
Santa Casa de Misericórdia de Jacareí



**Avaliação das Metas Quantitativas - 2º Quadrimestre (maio/2025 a ago/2025)**

Assistência Ambulatorial e Hospitalar - Santa Casa de Misericórdia de Jacareí

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			
<b>Grupo 1 - Coleta de Materiais</b>													
02.01	Biópsias e Punções	0	8	0	8	0	32	0	32	0	125	0	125
02.01.01.054-2	Biópsia percutânea de fígado guiada por TC	0	0	1	1	0	4	0	4	0	0	0	0
02.01.02.004-1	Coleta de Material p/ exame laboratorial	370	0	0	370	1.480	0	1.480	1.926	0	0	1.926	0
<b>Grupo 2 - Diagnóstico em Lab. Clínico</b>													
02.02	Exames de Análises Clínicas	0	3.000	0	3.000	0	12.000	0	12.000	0	17.674	0	17.674
02.14	Teste Rápido	0	2	0	2	0	8	0	8	0	0	0	0
02.14.01.001-5	Glicemia Capilar	340	0	0	340	1.360	0	1.360	3.228	0	0	3.228	0
<b>Grupo 3 - Diagnóstico Anatomia Patológica</b>													
02.03.01.003-5	Exames de Citologia (exceto cervico-vaginal e mama)	0	1	0	1	0	4	0	4	0	8	0	8
02.03.02.003-0	Exames de Anátomo Patológico	0	15	0	15	0	60	0	60	0	131	0	131
02.03.02.004-9	Imunohistoquímica de Neoplasias Malignas	0	6	0	6	0	24	0	24	0	51	0	51
<b>Grupo 4 - Diagnóstico por Radiologia</b>													
02.04	Radiologia Clínica	0	3.000	0	3.000	0	12.000	0	12.000	0	14.444	0	14.444
02.04	Radiologia Contrastada	0	7	0	7	0	28	0	28	0	21	0	21
02.04.03.008-0	Radiologia de esôfago (RX EED)	0	1	0	1	0	4	0	4	0	2	0	2
02.04.05.014-6	Radiologia de estômago e duodeno (RX EED)	0	1	0	1	0	4	0	4	0	2	0	2
<b>Grupo 5 - Diagnóstico por Ultrassonografia</b>													
02.05	Ultrassonografia Geral	0	992	0	992	0	3.968	0	3.968	0	3.803	0	3.803
02.05.01.004-0	USG c/ Doppler Colorido de vasos	0	50	0	50	0	200	0	200	0	208	0	208
02.05.02.002-0	Paquimetria Ultrassônica (Monocular)	0	50	0	50	0	200	0	200	0	169	0	169
02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Balsa Escrotal c/ doppler	0	4	0	4	0	16	0	16	0	0	0	0
02.05.02.008-9	Ultrassonografia De Globo Ocular (Monocular)	0	20	0	20	0	80	0	80	0	137	0	137
<b>Grupo 6 - Diagnóstico por Tomografia</b>													
02.06	Tomografia c/ e s/ contraste	0	0	457	457	0	1.828	0	1.828	0	2.020	0	2.020
02.06	Angiotomografia	0	0	8	8	0	32	0	32	0	15	0	15
<b>Grupo 7 - Diagnóstico por Endoscopia</b>													
02.09.01.002-9	Colonoscopia	0	130	0	130	0	520	0	520	0	797	0	797
02.09.01.002-9	Colonoscopia Centro Cirúrgico	0	10	0	10	0	40	0	40	0	55	0	55

*Edmundo*

*Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.*







Comissão de Acompanhamento do Convênio  
Santa Casa de Misericórdia de Jacareí



Grupo 15 - Leito Cirúrgico - Eletivo		0	3	0	3	0	3	0	12	0	12	0	13	0	13	0	13
Cabeça e Pescoço		0	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirurgia Geral - Colectistomia		0	48	0	48	0	0	0	200	0	192	0	192	0	192	0	94
Cirurgia Geral - Hérnia		0	15	0	15	0	0	0	60	0	60	0	60	0	40	0	40
Cirurgia Geral - Outros / Gastro / Plástica		0	2	0	2	0	0	0	8	0	8	0	8	0	3	0	3
Cirurgia Torácica		0	1	0	1	0	0	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4
Colangiopancreatografia Retrograda Endoscópica (CPRE)		0	15	0	15	0	0	0	60	0	60	0	60	0	82	0	82
Ginecológica - Geral		0	10	0	10	0	0	0	40	0	40	0	40	0	40	0	40
Ginecológica - Histerectomia		0	10	0	10	0	0	0	40	0	40	0	40	0	41	0	41
Ginecológica - Laqueadura		0	4	0	4	0	0	0	16	0	16	0	16	0	16	0	16
Ortopedia - Joelho		0	12	0	12	0	0	0	48	0	48	0	48	0	47	0	47
Ortopedia - Mão		0	2	0	2	0	0	0	8	0	8	0	8	0	18	0	9
Ortopedia - Ombro		0	9	0	9	0	0	0	36	0	36	0	36	0	22	0	33
Ortopedia - Pé / Quadril / Outros		0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2
Ortopedia - Pediatría		0	4	0	4	0	0	0	16	0	16	0	16	0	4	0	0
Otorrinolaringologia - Adenoamigdalectomia		0	4	0	4	0	0	0	16	0	16	0	16	0	13	0	17
Otorrinolaringologia - Septoplastia / Turbinectomia		0	2	0	2	0	0	0	8	0	8	0	8	0	9	0	0
Otorrinolaringologia - Timpanoplastia / Outros		0	10	0	10	0	0	0	40	0	40	0	40	0	23	0	21
Pediatria		0	9	0	9	0	0	0	36	0	36	0	36	0	25	0	35
Proctologia		0	2	0	2	0	0	0	8	0	8	0	8	0	10	0	4
Tratamento Odontológico - (Pacientes Especiais)		0	9	0	9	0	0	0	36	0	36	0	36	0	35	0	33
Urologia - Geral		0	6	0	6	0	0	0	24	0	24	0	24	0	15	0	24
Urologia - OFME (Nefrolitomia / Uretrolitotomia / Outros)		0	2	0	2	0	0	0	8	0	8	0	8	0	2	0	2
Urologia - Retirada de Cateter Duplo J		0	3	0	3	0	0	0	12	0	12	0	12	0	11	0	10
Urologia - Postectomia		0	2	0	2	0	0	0	8	0	8	0	8	0	33	0	20
Urologia - Vasectomia		0	12	0	12	0	0	0	48	0	48	0	48	0	48	0	48
Vascular																	
84,26%																	
8																	
$\geq 90\% = 09$ $< 90\% \geq 80\% = 08$ $80\% \geq 70\% = 07$ $< 70\% = 06$																	

*[Handwritten signatures and initials]*

*[Handwritten signature]*



**Avaliação das Metas Qualitativas - 2º Quadrimestre (maio/2025 a agosto/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	Mantém 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 Pronto-socorros	Garantir o funcionamento da Comissão de Revisão de Pronto-socorros	(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 Cateter Venoso Central (CVC) em UTI Adulto	Monitorar a incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a utilização de Cateter Venoso Central em leitos de UTI Adulto	(Número de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter confirmada laboratorialmente X 1000) / total de pacientes-dia com cateter no mesmo período	≤ 3,34%	3,44%	3ª Caderno de indicadores do Programa COH - 2009	1	≤ 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%	2,16%	ANAPH, 2018	0	≤ 0,92% = 02 > 0,92% ≤ 0,2% = 01 > 0,2% = 0
7.9	Visita ampliada com horários flexíveis para acompanhantes	Mantém a estrutura organizacional do hospital para facilitar o acesso de familiares	Informativo institucional com horários de vistas	Relatório do quadrimestre	ok	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%	11,77%	3ª 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 pactuados	100%	124,33%	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%	96,73%	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%	88,49%	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 dependiam do paciente	(Número de cirurgias suspensas por fatores extra-paciente-dia x 100) / total de cirurgias agendas	≤ 10%	3,20%	3ª Caderno de indicadores do Programa COH - 2009	3	≤ 10% = 03 > 10% ≤ 15% = 02 > 15% = 01

*Assinatura*

**Comissão de Acompanhamento do Convênio firmado entre Prefeitura Municipal de Jacareí e Santa Casa de Misericórdia de Jacareí**

*Assinatura*



7.15	Taxa de Infecção Hospitalar	Acompanhar a taxa de infecção hospitalar	(número de infecção hospitalar de todos os sítios no período x 100) / número de pacientes saídos (altas e óbitos).	≤ 2,26%	1,89%	3º Caderno de indicadores do Programa CQH - 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%	6,37%	3º Caderno de indicadores do Programa CQH - 2009	2	≤ 07% = 02 > 07% ≤ 12% = 01 > 12% = 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%	85,66%	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%	79,77%	3º Caderno de indicadores do Programa CQH - 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 CQH - 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	7	3º Caderno de indicadores do Programa CQH - 2009	2	≤ 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 à falha de identificação dos pacientes e as providências tomadas com relação a ocorrência	Declaração do quadrimestre	ok	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 POPS e Manuais vigentes de enfermagem, farmácia e nutrição	100% dos POPS atualizados	3	Pactuação Plano de Trabalho	3	03 Declarações = 03 02 Declarações = 02 01 Declaração = 01

Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom of the page.

Handwritten signature in blue ink at the top right of the page.