

AVALIAÇÃO DOS MESES DE SETEMBRO A DEZEMBRO 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 3º 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	set/25	out/25	nov/25	dez/25	Vagas Disponibilizadas quadrimestral
Angiotomografia	32	8	6	11	8	8	33
Avaliação Urodinâmica Completa	4	1	1	1	1	1	4
Biópsia percutânea de fígado guiada por imagem (ambiente hospitalar)	4	1	1	0	0	0	1
Broncoscopia	4	1	4	0	0	1	5
Campimetria	240	60	72	58	58	60	248
Colonoscopia	520	130	183	273	159	122	737
Colonoscopia Centro Cirúrgico	40	10	41	20	47	56	164
Colonoscopia c/ preparo internado	40	10	3	4	2	3	12
Endoscopia Digestiva Alta	400	100	123	188	117	96	524
Fotocoagulação a laser	16	4	3	0	2	0	5
Gonioscopia	56	14	27	0	27	0	54
Iridotomia	28	7	14	0	14	6	34
Laringoscopia / Nasolaringoscopia (18 + 12)	120	30	31	29	28	32	120

Laringoscopia c/ biópsia	4	1	0	0	0	0	0
Mapeamento de Retina	600	150	299	152	0	0	451
Pan Fotocoagulação	20	5	0	5	2	0	7
Paquimetria	200	50	50	46	52	48	196
Potencial de Acuidade Visual	20	5	5	5	5	5	20
Radiologia Clínica	8.500	2.125	2.594	2.595	2.485	2.754	10.428
Raio X EED	4	1	2	1	0	1	4
Raio X Trânsito Intestinal	4	1	0	0	0	0	0
Retinografia Colorida	160	40	40	39	40	40	159
Retinografia Fluorescente	40	10	10	9	9	2	30
Retossigmoidoscopia	80	20	21	20	20	20	81
Tomografia c/ contraste	292	73	78	79	88	74	319
Tomografia s/ contraste	756	189	190	188	190	200	768
Tomografia de Coerência Óptica	48	12	12	13	12	12	49
Topografia Computadorizada	72	18	18	18	17	17	70
Tratamento Esclerosante/ Ligadura Elástica de Lesão do Aparelho Digestivo	20	5	8	6	5	0	19
Ultrassonografia	3.968	992	1.191	1.196	1.164	1.040	4.591
Ultrassonografia com doppler colorido de vasos (ate 3 vasos)	200	50	60	62	60	58	240
Ultrassonografia Globo Ocular	48	12	24	12	12	0	48
Ultrassonografia de Bolsa Escrotal c/ doppler	16	4	5	4	5	4	18
Uretrocistografia	20	5	5	6	5	4	20
Urografia Excretora	4	1	0	1	0	1	2
Yag Laser	136	34	68	0	71	0	139
Total	16.716	4.179	5.189	5.041	4.705	4.665	19.600

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 (setembro a dezembro de 2025) o hospital ofertou 19.600 exames, ou seja, cumprindo 117,25% 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), Laringoscopia com biópsia, Fotocoagulação a laser, Raio X Trânsito Intestinal, Retinografia Fluorescente, 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.

ITEM 5.3. CONSULTA DE 1ª VEZ

Avaliações Cirúrgicas - Consulta de 1ª vez	Cota Quadrimestral	Cota Mensal	set/25	out/25	nov/25	dez/25	Vagas Disponibilizadas (quadrimestral)
Cabeça e Pescoço	72	18	18	18	18	18	72
Cirurgia Geral	680	170	170	170	170	170	680
Cirurgia Torácica	40	10	9	8	5	2	24
Cirurgia Vascular	200	50	49	55	66	61	231
CPRE	4	1	0	0	0	0	0
Ginecologica	200	50	50	50	50	50	200
Ginecologica - Laqueadura	60	15	15	15	15	15	60
Oftalmologia	596	149	147	146	156	147	596
Oftalmologia - Pterígio	60	15	19	15	19	29	82
Oftalmologia - Calázio	4	1	1	1	1	1	4
Ortopedia - Joelho	32	8	8	8	8	8	32
Ortopedia - Mão	48	12	10	14	12	12	48
Ortopedia - Ombro	32	8	8	8	8	8	32
Ortopedia - Pé e Outros	40	10	6	5	5	11	27
Ortopedia - Pediátrica	8	2	2	2	2	2	8
Ortopedia - Quadril	24	6	3	6	5	6	20
Otorrinolaringologia	60	15	15	10	12	23	60
Pediatria	60	15	15	17	0	0	32
Pequena Cirurgia	240	60	37	41	48	54	180
Proctologista	40	10	11	10	0	10	31
Urologia - Geral	160	40	40	40	39	41	160
Urologia - Vasectomia	16	4	4	4	4	4	16
Avaliações para biópsia	12	3	2	2	2	1	7
Total	2.688	672	639	645	645	673	2.602

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 (setembro a dezembro de 2025) o hospital ofertou 2.602 consultas, representando 96,80%.

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	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total realizado no Quadrimestre
Clínica Médica	1.772	322	320	359	342	362	1.383
Clínica Pediátrica	170	34	41	44	19	2	106
Total	1.942	356	361	403	361	364	1.489

De acordo com os resultados obtidos pudemos constatar que dentro do período avaliado setembro a dezembro de 2025, este hospital faturou 1.489 internações de leitos clínicos e pediátricos, representando 76,67% das internações conforme meta pactuada.

ITEM 5.5. INTERNAÇÕES EM CLÍNICA CIRÚRGICA:

Unidades de Internação	Cota Quadrimestral	Cota Mensal	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total realizado no Quadrimestre
Eletivas	1.031	206	208	189	167	139	703
Urgência	545	109	122	149	143	139	553
Total	1.576	315	330	338	310	278	1.256

De acordo com os resultados obtidos pudemos constatar que dentro do período avaliado setembro a dezembro de 2025 este hospital faturou 1.256 internações de leitos cirúrgicos eletivos e de urgência, representando 79,69 % das internações conforme meta pactuada. Cumpre-nos informar que dentro do período avaliado tivemos o total de 131 cirurgias canceladas e 40 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.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

Quanto aos grupos 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,13 e 14 o hospital atingiu a pontuação máxima da meta pactuada.

Quanto aos grupos 11, 12 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 12 = Referente às cirurgias ambulatoriais a meta é de 485 procedimentos e o hospital realizou 413 procedimentos, esclarecemos que todos os itens desse grupo são realizados conforme demanda, exceto o tratamento de esclerose e dilatação que ofertamos e realizamos conforme o paciente comparece em nossa instituição, não alcançamos a demanda do realizado devido ao absenteísmo.

Grupo 15 = Referente à Cirurgia geral/outros, Torácica, Retirada de DJ, o não cumprimento da meta em sua totalidade, refere-se à falta de demanda.

Referente a cirurgia Pediátrica, o não cumprimento da meta, refere-se a transferência deste serviço para outro hospital.

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, 7.16, 7.17, 7.18, 7.19, 7.21 e 7.22 o hospital atingiu o resultado esperado, garantindo a pontuação máxima de cada indicador.

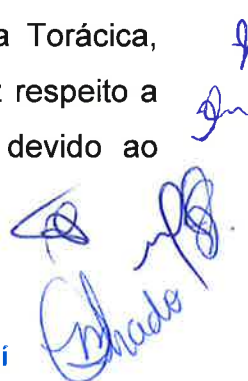
Já nos itens, 7.8, 7.12, 7.20 o hospital não atingiu a pontuação máxima das metas pactuadas pelos seguintes motivos:

7.8 = INCIDÊNCIA DE QUEDA DE PACIENTES:

Registra-se que no período avaliado (setembro a dezembro de 2025) 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.

7.12 = PERCENTUAL DE CONSULTAS MÉDICAS DE 1ª VEZ PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS

Não foi possível atingir a totalidade da meta em alguns casos (Cirurgia Torácica, CPRE e Avaliações para biópsia) por de falta de demanda, já no que diz respeito a Ortopedia - Pé e Outros, não foi possível atingir a meta pactuada devido ao absenteísmo.



Já nas Pequenas Cirurgias estávamos em falta de profissional, quanto a as consultas com a especialidade de Proctologia no mês de novembro tivemos o período de férias da profissional que faz essas avaliações.

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	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	4
	Grupo 13 - Cirurgia do Aparelho da Visão	9
	Grupo 14 - Anestesiologia	5

	Grupo 15 - Leito Cirúrgico - Eletivo	7
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	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	1
	7.21 Identificação correta do paciente	2
	7.22 Elaboração e atualização dos POP's	3
	Total	139

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A Comissão avalia, considerando os resultados apurados que o hospital Santa Casa de Misericórdia de Jacareí atingiu a pontuação de 84 pontos nas metas quantitativas e 55 pontos nas metas qualitativas, totalizando 139 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

COD	DESCRIÇÃO	Nº CONTRATADO (mensal)				Nº CONTRATADO (quadrimestral)				PRODUÇÃO (quadrimestral)				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	32	0	32	0	144	0	144	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	4	0	4	0	3	0	3		
02.01.02.004-1	Coleta de Material p/ exame laboratorial	370	0	0	370	1.480	0	0	1.480	1.487	0	0	1.487		
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	14.287	0	14.287	5	≥90% = 05 < 90% ≥ 80% = 04 < 80% ≥ 70% = 03 < 70% = 02
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	0	1.360	3.394	0	0	3.394		
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	12	0	12	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	142	0	142		
02.03.02.004-9	Imunohistoquímica de Neoplasias Malignas	0	6	0	6	0	24	0	24	0	78	0	78		
Grupo 4 - Diagnóstico por Radiologia															
02.04	Radiologia Clínica	0	3.000	0	3.000	0	12.000	0	12.000	0	14.027	0	14.027	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		
02.04.03.008-0	Radiologia de esôfago (RX EED)	0	1	0	1	0	4	0	4	0	1	0	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		
Grupo 5 - Diagnóstico por Ultrassonografia															
02.05	Ultrassonografia Geral	0	992	0	992	0	3.968	0	3.968	0	3.843	0	3.843	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	206	0	206		
02.05.02.002-0	Paquiometria Ultrassônica (Monocular)	0	50	0	50	0	200	0	200	0	163	0	163		
02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal c/ doppler	0	4	0	4	0	16	0	16	0	7	0	7		
02.05.02.008-9	Ultrassonografia De Globo Ocular (Monocular)	0	20	0	20	0	80	0	80	0	117	0	117		
Grupo 6 - Diagnóstico por Tomografia															
02.06	Tomografia c/ e s/ contraste	0	0	457	457	0	1.828	0	1.828	0	2.132	0	2.132	7	≥ 90% = 07 < 90% ≥ 80% = 06 < 80% ≥ 70% = 05 < 70% = 04
02.06	Angiotomografia	0	0	8	8	0	32	0	32	0	22	0	22		
Grupo 7 - Diagnóstico por Endoscopia															
02.09.01.002-9	Colonoscopia	0	130	0	130	0	520	0	520	0	673	0	673		
02.09.01.002-9	Colonoscopia Centro Cirúrgico	0	10	0	10	0	40	0	40	0	136	0	136		






03.01.10.010-1	Inalação / Nebulização	6	0	0	6	24	0	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0				
03.01.10.015-2	Retirada de Pontos de Cirurgias básicas	130	0	0	130	520	0	0	520	425	0	0	0	0	0	0	0	425			
03.01.10.027-6	Curativo Especial	1	0	0	1	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
03.01.10.028-4	Curativo Simples	130	0	0	130	520	0	0	520	428	0	0	0	0	0	0	0	428			
03.03	Outros Tratamentos Clínicos	0	1	0	1	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Grupo 11 - Ambulatório de Trauma																					
03.03.09	Tratamento Clínico do Sistema Osteomuscular	0	154	0	154	0	616	0	616	0	198	0	198	0	0	0	0	198	46,08%	2	$\geq 90\% = 05$ $< 90\% \geq 80\% = 04$ $< 80\% \geq 70\% = 03$ $< 70\% = 02$
04.08	Cirurgias do Sistema Osteomuscular	0	31	0	31	0	124	0	124	0	143	0	143	0	0	0	0	143			
Grupo 12 - Cirurgias Ambulatoriais																					
04.01	Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	0	105	0	105	0	420	0	420	0	389	0	389	0	0	0	0	389	85,15%	4	$\geq 90\% = 05$ $< 90\% \geq 80\% = 04$ $80\% \geq 70\% = 03$ $< 70\% = 02$
04.01.01.001-5	Curativo Grau II	0	2	0	2	0	8	0	8	0	4	0	4	0	0	0	0	4			
04.04.	Procedimentos Cirúrgicos - Vias Superiores	0	5	0	5	0	20	0	20	0	1	0	1	0	0	0	0	1			
04.07.01	Tratamento Escerossante / Ligadura Elástica	0	5	0	5	0	20	0	20	0	13	0	13	0	0	0	0	13			
04.07.02.012-8	Dilatação Digital / Instrumental do ânus e ou reto	0	1	0	1	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
04.07.04.019-6	Paracentese Abdominal	0	1	0	1	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
04.	Outras Cirurgias Ambulatoriais	0	3	0	3	0	12	0	12	0	6	0	6	0	0	0	0	6			
Grupo 13 - Cirurgia do Aparelho da Visão																					
04.05	Yag Laser (Vitriólise, Capsulotomia ou Sinequiólise)	0	34	0	34	0	136	0	136	0	131	0	131	0	0	0	0	131	93,73%	9	$\geq 90\% = 09$ $< 90\% \geq 80\% = 08$ $80\% \geq 70\% = 07$ $< 70\% = 06$
04.05	Cirurgias oftalmológicas de peq. Porte	0	1	0	1	0	4	0	4	0	2	0	2	0	0	0	0	2			
04.05	Cirurgias p/ intercorrências oftalmológicas	0	1	0	1	0	4	0	4	0	2	0	2	0	0	0	0	2			
04.05.01.007-9	Exérese de Calázio e Peq. Lesões de Pálpebra e Supercílios	0	1	0	1	0	4	0	4	0	4	0	4	0	0	0	0	4			
04.05.03.004-5	Fotocoagulação a Laser	0	4	0	4	0	16	0	16	0	4	0	4	0	0	0	0	4			
04.05.03.005-3	Injeção Intra-Vítreo	0	4	0	4	0	16	0	16	0	2	0	2	0	0	0	0	2			
04.05.03.014-2	Vitrectomia Posterior	0	1	0	1	0	4	0	4	0	6	0	6	0	0	0	0	6			
04.05.03.019-3	Pan Fotocoagulação de Retina a Laser	0	5	0	5	0	20	0	20	0	5	0	5	0	0	0	0	5			
04.05.05.019-4	Iridotomia a Laser	0	7	0	7	0	28	0	28	0	26	0	26	0	0	0	0	26			
04.05.05.025-9	Retirada de corpo estranho da córnea	0	1	0	1	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
04.05.05.036-4	Tratamento Cirúrgico de Pterígio	0	6	0	6	0	24	0	24	0	18	0	18	0	0	0	0	18			
04.05.05.037-2	Facomeulsição com Implante de Lente Intraocular Dobrável	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Grupo 14 - Anestesiologia																					
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	0	3	0	3	0	12	0	12	0	151	0	151	0	0	0	0	151	145,85%	5	$\geq 90\% = 05$ $< 90\% \geq 80\% = 04$ $< 80\% \geq 70\% = 03$ $< 70\% = 02$
04.17.01.006-0	Sedação	0	220	0	220	0	880	0	880	0	1.150	0	1.150	0	0	0	0	1.150			

Adriano

[Handwritten signatures and initials]

Grupo 15 - Leito Cirúrgico - Eletivo																		
Cabeça e Pescoço	0	3	0	3	0	0	0	0	12	0	12	0	10	0	10	0	10	
Cirurgia Geral - Colectomia	0	50	0	50	0	0	0	0	200	0	200	0	62	0	62	0	62	
Cirurgia Geral - Hérnia	0	48	0	48	0	0	0	0	192	0	192	0	188	0	188	0	188	
Cirurgia Geral - Outros / Gastro / Plástica	0	15	0	15	0	0	0	0	60	0	60	0	33	0	33	0	33	
Cirurgia Torácica	0	2	0	2	0	0	0	0	8	0	8	0	4	0	4	0	4	
Colangiopancreatografia Retrograda Endoscópica (CPRE)	0	1	0	1	0	0	0	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	
Ginecológica - Geral	0	15	0	15	0	0	0	0	60	0	60	0	60	0	60	0	60	
Ginecológica - Histerectomia	0	10	0	10	0	0	0	0	40	0	40	0	35	0	35	0	35	
Ginecológica - Laqueadura	0	10	0	10	0	0	0	0	40	0	40	0	40	0	40	0	40	
Ortopedia - Joelho	0	4	0	4	0	0	0	0	16	0	16	0	12	0	12	0	12	
Ortopedia - Mão	0	12	0	12	0	0	0	0	48	0	48	0	28	0	28	0	28	
Ortopedia - Ombro	0	2	0	2	0	0	0	0	8	0	8	0	9	0	9	0	9	
Ortopedia - Pé / Quadril / Outros	0	9	0	9	0	0	0	0	36	0	36	0	29	0	29	0	29	
Ortopedia - Pediátrica	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	
Otorrinolaringologia - Adenoamigdalectomia	0	4	0	4	0	0	0	0	16	0	16	0	3	0	3	0	3	
Otorrinolaringologia - Septoplastia / Turbinectomia	0	4	0	4	0	0	0	0	16	0	16	0	15	0	15	0	15	
Otorrinolaringologia - Timpanoplastia / Outros	0	2	0	2	0	0	0	0	8	0	8	0	0	0	0	0	0	
Pediatria	0	10	0	10	0	0	0	0	40	0	40	0	30	0	30	0	30	
Proctologia	0	9	0	9	0	0	0	0	36	0	36	0	24	0	24	0	24	
Tratamento Odontológico - (Pacientes Especiais)	0	2	0	2	0	0	0	0	8	0	8	0	5	0	5	0	5	
Urologia - Geral	0	9	0	9	0	0	0	0	36	0	36	0	32	0	32	0	32	
Urologia - OPME (Neofrotomia / Uretrolitotomia / Outros)	0	6	0	6	0	0	0	0	24	0	24	0	21	0	21	0	21	
Urologia - Retirada de Cateter Duplo J	0	2	0	2	0	0	0	0	8	0	8	0	4	0	4	0	4	
Urologia - Postectomia	0	3	0	3	0	0	0	0	12	0	12	0	13	0	13	0	13	
Urologia - Vasectomia	0	2	0	2	0	0	0	0	8	0	8	0	8	0	8	0	8	
Vascular	0	12	0	12	0	0	0	0	48	0	48	0	33	0	33	0	33	
71,07%													7			$\geq 90\% = 09$ $< 90\% \geq 80\% = 08$ $80\% \geq 70\% = 07$ $< 70\% = 06$		



Handwritten signature



Avaliação das Metas Qualitativas - 3º Quadrimestre (agosto/2025 a dezembro/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	(Atras 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	(Atras 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	(Atras 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	(Atras 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 Prontoatendimentos	Garantir o funcionamento da Comissão de Revisão de Prontoatendimentos	(Atras 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%	0,81%	3º Caderno de indicadores do Programa CQH - 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%	2,07%	ANAMP, 2018	0	≤ 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 trimestre	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%	10,1%	3º Caderno de indicadores do Programa CQH - 2009	3	≥ 10% = 03 < 10% ≥ 7% = 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 oferecidos x 100) / total de exames pactuados	100%	117,25%	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 oferecidas x 100) / total de consultas pactuadas	100%	96,80%	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	≥ 85%	91,72%	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%	2,23%	3º Caderno de indicadores do Programa CQH - 2009	3	≤ 10% = 03 > 10% ≤ 15% = 02 > 15% = 01

Debado

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

[Handwritten signatures and initials]

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%	1,90%	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%	5,08%	3º Caderno de indicadores do Programa CQH - 2009	3	≤ 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%	88,14%	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	8	3º Caderno de indicadores do Programa CQH - 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	2	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 POP's atualizados	3	Pactuação Plano de Trabalho	3	03 Declarações = 03 02 Declarações = 02 01 Declaração = 01

