

Mogi das Cruzes, 27 de junho de 2025.

RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES - 2024

Artigo 155 – Inciso VII

CONVÊNIO 657/2022

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI DAS CRUZES, inscrita no CNPJ nº 52.543.766/0001-16, por meio do T.A/CONV. Nº. 657/2022, recebeu no exercício de 2024 R\$ 1.413.378,00, em 02 (duas) parcelas de R\$ 706.689,00, destinado para Custeio.

Este repasse foi utilizado no exercício de 2024, conforme plano de trabalho estabelecido, atingindo o seu objetivo proposto e sendo aplicado da seguinte forma:

COMPARATIVO DE METAS

Metas Qualitativas

META 01

- **META:** 80% das contas hospitalares apresentadas no mês imediato a alta do paciente media a proporção de AIH no mês de competência à alta do paciente.
- **AÇÕES PARA ALCANCE:** Aferir a proporção da produção de AIH apresentada no mês subsequente à realização do procedimento. Apresentar relatório hospitalar com dados por competência (mês) e avaliar o alcance do trimestre.
- **SITUAÇÃO ATUAL:** Atualmente atingimos a média mensal de 65%, de apresentação das contas hospitalares após encerramento AIH.
- **SITUAÇÃO PRETENDIDA:** Apresentação de no mínimo 80% das contas hospitalares, mensal imediato ao encerramento de AIH (alta hospitalar).
- **INDICADOR:** Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da Autorização de Internação Hospitalar – AIH (alta hospitalar) Forma de cálculo: Numerador: Número de AIH apresentadas com alta no mês de competência. Denominador: Total de AIH apresentadas no mesmo período (x 100) Pontuação: maior ou igual a 80% a 02 pontos, menor que 80% e maior ou igual a 70% igual a 01 ponto, menor que 70% igual a 00 pontos. Fonte de Dados: Sistema de Informação Hospitalar – SIH.

RESULTADO: Conforme demonstrado atingimos acima da meta proposta (80%), sendo realizado no exercício de 2024 a média de 86,90% das contas hospitalares apresentadas no mês, imediato ao encerramento de AIH (alta hospitalar).

	Número de AIH apresentadas com alta no mês de competência	Total de AIH Apresentada no mês	RESULTADO (%)
jan/24	799	886	90,18
fev/24	731	844	86,61
mar/24	795	910	87,36
abr/24	757	881	85,93
mai/24	790	905	87,29
jun/24	741	849	87,28
jul/24	794	925	85,84
ago/24	800	923	86,67
set/24	818	939	87,11
out/24	833	984	84,65
nov/24	781	913	85,54
dez/24	803	906	88,63
	9.442	10.865	86,93

Fonte: DataSUS – (anexo)

META 02

- **META:** 25% ou mais das AIH com diagnósticos secundários informados. Informar mensalmente o número de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, com diagnósticos secundários preenchidos em relação ao total de AIH no mesmo período, discriminados por especialidades (pediatria, clínica médica e clínica cirúrgica).
- **AÇÕES PARA ALCANCE:** Através de reuniões da Diretoria Técnica, inteirar a Equipe Médica sobre a relevância do registro de indicador; dispor as informações no sistema eletrônico da SCMMC: proporção de AIH com diagnóstico secundário registrados as (igual ou maior) que 25% nas AIH's.
- **SITUAÇÃO ATUAL:** Atualmente a média mensal de CID secundário das especialidades é: pediatria é de 100%; obstetrícia é de 50%; clínica médica é de 94%; clínica cirúrgica é de 96% ao mês.
- **SITUAÇÃO PRETENDIDA:** Manter igual ou maior que 25% os registros de diagnóstico secundários preenchidos em AIH, discriminados CID secundário por especialidades: clínica médica e clínica cirúrgica.
- **INDICADOR:** Classificação Internacional de Doenças – CID secundário
forma de cálculo: Numerador: Numero de AIH com diagnostico

secundários no período. Denominador: total de AIH no período (x 100)
Pontuação: Pediatria maior ou igual a 25% igual a 01 ou maior que 25% igual a 00, clínica médica maior ou igual a 25% igual a 01 ou menor que 25% igual a 00, Clínica Cirurgica maior ou igual a 25% igual a 01 ou menor que 25% igual a 00. Fonte de Dados: Sistema de Informação Hospitalar – SIH

	Número de AIH com DIGNOSTICO SECUNDÁRIO no período			Número de AIH por ESPECIALIDADE no período			RESULTADO %		
	Pediatria	Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	Pediatria	Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	Pediatria	Clínica Médica	Clínica Cirúrgica
jan/24	31	141	408	31	141	408	100	100	100
fev/24	44	120	366	44	120	366	100	100	100
mar/24	42	102	418	42	102	418	100	100	100
abr/24	48	83	421	48	83	421	100	100	100
mai/24	41	90	419	41	90	419	100	100	100
jun/24	32	109	385	32	109	385	100	100	100
jul/24	35	121	461	35	121	461	100	100	100
ago/24	40	147	438	40	147	438	100	100	100
set/24	28	133	475	28	133	475	100	100	100
out/24	33	156	474	33	156	474	100	100	100
nov/24	11	136	460	11	136	460	100	100	100
dez/24	0	136	498	0	136	498	0	100	100
TOTAL:	385	1474	5223	385	1474	5223			
MÉDIA ANUAL 2024 POR CLÍNICA							91,67	100	100

RESULTADO: Conforme demonstrado atingimos somente a meta proposta em todas as clínicas, onde todas as AIH foram cadastradas com CID Secundário.

Fonte: DataSUS – (anexo)

META 03

- **META:** Atingir satisfação de usuários de ao menos 80%, cumprindo a amostra válida definida pelo PSAT. Identificar o nível de satisfação do usuário.
- **AÇÕES PARA ALCANCE:** Manter o nível de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde nas unidades hospitalares de ambatório e internação em no mínimo 80%.

- **SITUAÇÃO ATUAL:** Até presente momento, não somo praticantes do Sistema PSAT, que encontra-se em etapas de desenvolvimento pelo Gestor Estadual
- **SITUAÇÃO PRETENDIDA:** Introduzir se no sistema PSAT e atingir a meta Proposta.
- **INDICADOR:** Pesquisa de Satisfação – Psat Forma de cálculo: Extração do resultado do sistema de Pesquisa de Satisfação – Psat da SES/SP Pontuação: maior ou igual a 80% igual a 2, menor que 80% e maior ou igual a 70% igual a 1, menor que 70% igual a 0, se menor que a amostra mínima igual 0. Fonte de dados: Sistema Psat SES/SP.

RESULTADO: O Psat iniciou no sistema em outubro/2022 permanecendo ativo para inserção até novembro/2022, sendo interrompido em 05 de dezembro/2022, conforme email do DRS – Núcleo Gestor de Humanização e Segurança do Paciente em anexo, e a partir do mesmo encaminhado via e-mail digitalizado.

Os Relatórios Pesquisa de Satisfação continuaram sendo enviados pela Santa Casa de Mogi das Cruzes por e-mail digitalizados, conforme orientação da circular 145/2023, da FEHOSP, onde no exercício de 2024 foi enviados o PSAT de Janeiro a Julho, de acordo com email anexo para apreciação.

Informamos que foi enviado pelo Núcleo Gestor de Humanização e Segurança do Paciente o Comunicado no qual foi descrito que o sistema PSAT continua suspenso, por mais um período de 18 meses, para a construção de novo instrumento (APP), sendo desta forma, suspenso como indicador de qualidade monitorado e avaliado pelo NGHSP nos contratos e convênios de serviços saúde estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, sendo confirmado por e-mail no dia 31/07/2024 pelo Técnico do Nucleo Gestor de Humanização e Segurança do Paciente que não haveria mais necessidade do envio dos arquivos digitalizado.

Diante deste comunicado não foi enviado mais as pesquisas digitalizadas a partir da competência de Agosto/2024, porém a Instituição continua realizando as mesmas, no qual a Coordenadora da Recepção do Ambulatório possuímos todos as pesquisas para apreciação no qual comprova nos e-mail anexo.

META 04

- **META:** 100% dos meses com configuração e liberação mensal das agendas relacionadas aos recursos contratados (exames, consultas e procedimentos) no Portal CROSS - Módulo Ambulatorial, conforme cronograma determinado. Configuração e liberação mensal das agendas relacionadas aos recursos contratados SUS (exames, consultas e procedimentos) no Portal CROSS - Módulo Ambulatorial, conforme cronograma determinado.

- **AÇÕES PARA ALCANCE:** Manter e informar dentro do Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, as Configuração e Liberação em 100% de consultas e exames realizados aos pacientes SUS. Apresentar relatório hospitalar contendo as informações de comparecimento/atendimento, contendedados por competência (mês) e avaliar o alcance do trimestre.
- **SITUAÇÃO ATUAL:** Atualmente obtemos a média mensal 100% das informamos de Configuração e Liberação, de consultas ambulatoriais exames realizados aos pacientes SUS, notificados no PortaCROSS.
- **SITUAÇÃO PRETENDIDA:** : Manter a Configuração e Liberação em 100% de consultas e exames realizados aos pacientes SUS, informados no Porta CROSS.
- **INDICADOR:** Disponibilização mensal dos recursos contratadas no Portal CROSS - Módulo de Regulação Ambulatorial -MRA Forma de cálculo: Numerador: Meses com configuração e liberação de agendas (até dia 24 de cada mês) no período. Denominador: Total de meses no período (x100) Pontuação: 100% igual a 2, menor que 100% e maior ou igual a 80% igual a 1, menor que 80% igual 0. Fonte de Dados: Portal CROSS (Módulo de Regulação Ambulatorial - MRA)

	Resultado no Sistema do SIRESP	Pontuação
JANEIRO	100	2
FEVEREIRO	100	2
MARÇO	100	2
ABRIL	100	2
MAIO	100	2
JUNHO	100	2
JULHO		
AGOSTO		
SETEMBRO		
OUTUBRO		
NOVEMBRO		
DEZEMBRO		
Média Exercício 2024:	100%	2

RESULTADO: Os indicadores referentes ao Programa MAIS SANTA CASA, pertinente ao exercício de 2024, possui dados até 06/2024, posterior a este período não há dados disponíveis no Sistema SIRESP.

No entanto a meta proposta no exercício de 2024 foi ATINGIDA em 100%, pontuando 02 pontos, considerando o período disponível no sistema de informação, conforme relatório anexo do Sistema SIRESP do modulo MRA.

META 05

- **META:** 100% dos meses com registro de utilização do CDR no Portal CROSS. Informar e atualizar, no mês vigente aos atendimentos, a relação de pacientes que aguardam agendamento para consultas, exames e/ou procedimentos cirúrgicos.
- **AÇÕES PARA ALCANCE:** Através do Portal CROSS - Módulo de Regularização Ambulatorial, disponibilizar e atualizar os recursos contratados, destinados aos pacientes SUS, (exames, consultas e procedimentos).
- **SITUAÇÃO ATUAL:** Atualmente dentro do Modulo regularização Ambulatorial do Portal CROSS, informamos os relatório de (exames e consultas); não sendo informado os procedimentos cirúrgicos como estabelecido pelo Gestor Municipal. (EXAMES: ressonância magnética, densitometria óssea, eletrocardiograma, RX- scanometria e Ultrassom geral); (CONSULTAS: oftalmologia, ortopedia, neurologia, neurocirurgia e dermatologia).
- **SITUAÇÃO PRETENDIDA:** Disponibilizar mensalmente no Portal CROSS - Módulo de Regularização Ambulatório, as informações de utilização e atualização do Cadastro das Demandas por Recursos do Portal CROSS. Apresentar relatório hospitalar mensal de pacientes SUS, que aguardam agendamentos de (consultas, exames e/ou procedimentos cirúrgicos).
- **INDICADOR:** Utilização e atualização mensal do CDR – Cadastro das Demandas por Recursos do portal CROSS - Módulo de Regulação Ambulatorial - MRA Forma de cálculo: Numerador: meses com constatação de inserções, atualizações e retiradas de pacientes do CDR no período. Denominador: total de meses no período (x100) Pontuação: 100% igual a 2, menor que 100% igual a 0. Fonte de Dados: Portal CROSS (Módulo de Regulação Ambulatorial - MRA)

	Resultado no Sistema do SIRESP	Pontuação
JANEIRO	100	2
FEVEREIRO	100	2
MARÇO	100	2
ABRIL	100	2
MAIO	100	2
JUNHO	100	2
JULHO		
AGOSTO		
SETEMBRO		
OUTUBRO		
NOVEMBRO		
DEZEMBRO		
Média Exercício 2024:	100 %	2

RESULTADO: Os indicadores referentes ao Programa MAIS SANTA CASA, pertinente ao exercício de 2024, possui dados até 06/2024, posterior a este período não há dados disponíveis no Sistema SIRESP.

No entanto a meta proposta no exercício de 2024 foi ATINGIDA em 100%, pontuando 02 pontos, considerando o período disponível no sistema de informação, conforme relatório anexo do Sistema SIRESP do modulo MRA.

META 06

- **META:** Informar 2 vezes ao dia, no Portal CROSS - Módulo Pré Hospitalar, a capacidade disponível para atendimentos às urgências, durante todo o período. Manter atualização do Portal CROSS - Módulo Pré Hospitalar, dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências.
- **AÇÕES PARA ALCANCE:** Elaborar associado ao Gestor Municipal e DRS, fluxo de sistema de regulação unificado, para os atendimentos de urgência e emergência demandado pelas Central de Regulação, de forma ininterrupta. Apresentar relatório dados por competência (mês) e avaliar o alcance do trimestre.
- **SITUAÇÃO ATUAL:** Atualmente atingimos a média mensal é de 100% de atualizações disponibilizada no Portal CROSS
- **SITUAÇÃO PRETENDIDA:** Garantir no mínimo 100% os atendimentos de urgência e emergência citados, mediado pela Central de Regulação, nas 24 h nos 07 dias da semana. Disponibilização mensal da agenda ambulatorial no Portal CROSS - módulo ambulatorial.
- **INDICADOR:** Atualização diária no Portal CROSS, Módulo de Regulação Pré-Hospitalar (MRPH) Forma de cálculo: Numerador: Total de dias com 2 ou mais atualizações no MRPH. Denominador: Total de dias no período (x100) Pontuação: maior ou igual a 90% igual a 2, menor que 90% e maior ou igual a 70% igual a 1, menor que 70% igual a 0. Fonte de Dados: Portal CROSS (Módulo de Regulação Pré Hospitalar - MRPH)

	Resultado no Sistema do SIRESP	Pontuação
JANEIRO	87,10%	1
FEVEREIRO	75,86%	1
MARÇO	61,29%	0
ABRIL	56,67%	0
MAIO	54,84%	0
JUNHO	66,67%	0
JULHO		
AGOSTO		
SETEMBRO		
OUTUBRO		

NOVEMBRO		
DEZEMBRO		
Média Exercício 2024:	67,07%	0

RESULTADO: Os indicadores referentes ao Programa MAIS SANTA CASA, pertinente ao exercício de 2024, possui dados até 06/2024, posterior a este período não há dados disponíveis no Sistema SIRESP.

No entanto a meta proposta no exercício de 2024 **NÃO FOI ATINGIDA**, considerando o período disponível no sistema de informação, conforme relatório anexo do Sistema SIRESP do módulo MRPH, obtendo um resultado no exercício 2024 somente de 67,07% e uma pontuação 0.

JUSTIFICATIVA: Em justificativa ao não atingimento da meta proposta, onde no exercício 2024 obteve 67,07% em vez dos 100% esperados, informamos que já iniciamos as ações para identificar e corrigir as causas desse descumprimento.

Ações para Apuração e Correção:

Para entender as ocorrências que impactaram a média de atualizações, solicitamos ao Portal CROSS, via e-mail (conforme anexo), os relatórios detalhados do período apurado. Esses relatórios são cruciais para:

- Identificar os erros e as falhas pontuais que impediram a manutenção da média de 100% de atualizações.
- Analisar os períodos específicos em que houve interrupções ou atrasos na disponibilização dos dados.
- Compreender as naturezas dos problemas, sejam eles técnicos, operacionais ou de fluxo de trabalho.

Com base nas informações que serão fornecidas pelos relatórios do CROSS, tomaremos todas as medidas cabíveis para que situações semelhantes não voltem a ocorrer. Nosso objetivo é implementar ações corretivas e preventivas que garantam a regularidade e a integralidade das atualizações no portal.

Próximos Passos:

Assim que tivermos os relatórios em mãos, faremos uma análise aprofundada e definiremos um plano de ação robusto, que poderá incluir:

- Otimização de processos internos para a publicação de dados.
- Reforço em monitoramento e suporte técnico do portal.
- Capacitação da equipe responsável pelas atualizações.

META 07

- **META:** Percentual de vaga zero determinada pela Central de Regulação à unidade, inferior ou igual a 10%. Percentual de vaga zero determinada pela Central de Regulação frente às solicitações realizadas no Módulo de Urgências - MRU, para Unidades cadastradas como Executante Tipo II no Portal CROSS.
- **AÇÕES PARA ALCANCE:** Proporção de vaga zero, no trimestre, praticada pelo Portal CROSS, observando o tempo de resposta máximo em 1 hora.
- **SITUAÇÃO ATUAL:** Atualmente atingimos a média mensal de 12%, de Vaga Zero no Portal CROSS.
- **SITUAÇÃO PRETENDIDA:** Manter o Percentual (%) de Vaga Zero (menor ou igual) que 10%; observando o tempo de resposta máximo em 1 hora.
- **INDICADOR:** Percentual de Vaga Zero determinada pela Central de Regulação. Forma de cálculo: Numerador: Total de vaga zero no período. Denominador: Total de solicitações de atendimento mediadas pela Central de Regulação no mesmo período (x100) Pontuação: menor ou igual a 10% igual a 2, maior que 10% e menor ou igual a 30% igual a 1, maior que 30% igual a 0. Fonte de Dados: Portal CROSS (Módulo de Regulação de Urgências - MRU)

	Resultado no Sistema do SIRESP	Pontuação
JANEIRO	1,69%	2
FEVEREIRO	1%	2
MARÇO	0,87%	2
ABRIL	0,43%	2
MAIO	0,77%	2
JUNHO	0,61%	2
JULHO		
AGOSTO		
SETEMBRO		
OUTUBRO		
NOVEMBRO		
DEZEMBRO		
Média Exercício 2024:	0,90%	2

RESULTADO: Os indicadores referentes ao Programa MAIS SANTA CASA, pertinente ao exercício de 2024, possui dados até 06/2024, posterior a este período não há dados disponíveis no Sistema SIRESP.

No entanto a meta proposta no exercício de 2024 foi ATINGIDA em 0,90%, pontuando 02 pontos, considerando o período disponível no sistema de informação, conforme relatório anexo do Sistema SIRESP do modulo MRU.

META 08

- **META:** 95% de solicitações respondidas dentro do prazo. Medir o percentual de respostas resolutivas (aceito/recusado) realizadas no Portal Cross CROSS - Módulo de Regulação de Urgências - MRU dentro do prazo estabelecido.
- **AÇÕES PARA ALCANCE:** Proporção de recusa da Instituição em relação ao nº de solicitações feitas pela Central de Regulação de urgência do Portal CROSS.
- **SITUAÇÃO ATUAL:** Atualmente a Instituição obtém menos que 10% conforme relatório Portal CROSS.
- **SITUAÇÃO PRETENDIDA:** Manter a taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulação (menor ou igual) a 10%.
- **INDICADOR:** Resposta no Portal CROSS no prazo estabelecido. Forma de cálculo: Numerador: nº de solicitações respondidas (com aceite ou recusa) dentro do prazo estabelecido, no período. Denominador: total de solicitações recebidas no mesmo período (x100) Pontuação: maior ou igual a 95% igual 2, menor que 95% e maior ou igual a 80% igual a 1, menor que 80% igual 0. Fonte de Dados: Portal CROSS (Módulo de Regulação de Urgências - MRU)

	Resultado no Sistema do SIRESP	Pontuação
JANEIRO	90,15%	2
FEVEREIRO	85,65%	2
MARÇO	78,37%	1
ABRIL	86,10%	2
MAIO	87,51%	2
JUNHO	83,14%	1
JULHO		
AGOSTO		
SETEMBRO		
OUTUBRO		
NOVEMBRO		
DEZEMBRO		
Média Exercício 2024:	85,15%	1,6

RESULTADO: Os indicadores referentes ao Programa MAIS SANTA CASA, pertinente ao exercício de 2024, possui dados até 06/2024, posterior a este período não há dados disponíveis no Sistema SIRESP.

No entanto a meta proposta no exercício de 2024 foi ATINGIDA em 85,15%, tendo uma média de pontuação de 1,6, considerando o período disponível no sistema de informação, conforme relatório anexo do Sistema SIRESP do modulo MRU, ou seja, o resultado atingido foi melhor que a situação pretendida na meta estipulada.

Metas Quantitativas

META 01

- **META:** 95% dos agrupamentos com alcance de 95% ou mais do produzido em relação ao contratado Medir a proporção de alcance da produção hospitalar contratada.
- **AÇÕES PARA ALCANCE:** Para informarmos as metas Quantitativas conforme solicitado, precisamos que seja alterado a forma de apresentação das mesmas. Esclarecemos que em nosso convênio as metas, não são especificadas por procedimentos individuais na Tabela SUS, mas sim em blocos. Segue a quantidade contratualidade pelo convênio: (Alta Complexidade Cirurgias 70/mês e 840/ano; Alta Complex. Clínico 5/mês totalizando 60/ano). Média Complexidade (Cirúrgico 350/mês perfazendo 4.200/ano; Obstetrícia/Ginecologia 430/mês, totalizando 5.160/ano; Clínica Médica 100/mês totalizando 1.200/ano e Pediatria 55/mês perfazendo o total de 660/ano.)
- **SITUAÇÃO ATUAL:** Produção hospitalar contratada com o gestor no ano

AIH CONTRATADAS NO ANO	CONTRATADO Média Complexidade Físico	CONTRATADO Alta Complexidade Físico
Cirúrgico	350	70
Obstétricos	430	0
Clínico	100	5
Crônicos	0	0
Psiquiatria	0	0
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	0	0
Pediátricos	55	0
Reabilitação	0	0
Leito Dia / Cirúrgicos	0	0
Leito Dia / Aids	0	0
Leito Dia / Fibrose Cística	0	0
Leito Dia / Geriatria	0	0
Leito Dia / Saúde Mental	0	0
Saude Mental	0	0

- **SITUAÇÃO PRETENDIDA:** 95% dos agrupamentos com alcance de 95% ou mais do produzido em relação ao contratado Medir a proporção de alcance da produção hospitalar contratada.

AIH CONTRATADAS NO ANO	CONTRATADO Média Complexidade Físico	CONTRATADO Alta Complexidade Físico
Cirúrgico	4200	840
Obstétricos	5160	0
Clinico	1200	60
Crônicos	0	0
Psiquiatria	0	0
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	0	0
Pediátricos	660	0
Reabilitação	0	0
Leito Dia / Cirúrgicos	0	0
Leito Dia / Aids	0	0
Leito Dia / Fibrose Cística	0	0
Leito Dia / Geriatria	0	0
Leito Dia / Saúde Mental	0	0
Saude Mental	0	0

- INDICADOR:** Alcance da produção hospitalar em relação ao contratado (Produção física aprovada em relação a Ficha de Programação Orçamentária - FPO) Forma de cálculo: Numerador: Número de agrupamentos com alcance de 95% ou mais. Denominador: Número de agrupamentos com procedimentos contratados (x 100) "Agrupamento" conforme consta no Manual de orientações técnicas - Monitoramento da Produção Ambulatorial e Hospitalar. Disponível no site da SES-SP. Regras de Pontuação: maior ou igual a 95% igual a 03 pontos, menor que 95% e maior ou igual a 85% igual a 02 pontos, menor que 85% igual a 00 pontos. Fonte de Dados: Sistema de Informação Hospitalar - SIH / Fichas de Programação Orçamentária e Financeira (FPO).

AIH CONTRATADAS NO ANO	CONTRATADO ANUAL	CONTRATADO ANUAL	REALIZADO ANUAL	REALIZADO ANUAL	RESULTADO %	RESULTADO %
	FPO	FPO				
	Média Complexidade Físico	Alta Complexidade Físico	Média Complexidade Físico	Alta Complexidade Físico	Média Complexidade Físico	Alta Complexidade Físico
Cirúrgico	4200	840	4.554	669	108,4285714	79,64285714
Obstétricos	5160	0	3.783		73,31395349	
Clinico	1200	60	1.431	43	119,25	71,66666667
Pediátricos	660	0	385		58,33333333	
MÉDIA					89,83146456	75,6547619

RESULTADO: Conforme demonstrado não alcançamos a meta pretendida, no qual na Média Complexidade atingimos 89,83% com pontuação de 02 pontos,

já na Alta Complexidade atingimos 75,65%, pontuando 0 pontos. Segue anexos relatórios do TABNET para comprovação.

JUSTIFICATIVA: As clínicas que não atingiram a meta de 95% foram a Obstétrica e a Pediátrica. Conforme demonstrado na imagem abaixo, houve uma queda no número de nascidos vivos ao longo dos anos, impactando diretamente o cumprimento das metas.

Como essas clínicas estão vinculadas à maternidade e à UTI Neonatal da instituição, a redução da natalidade resultou em menor demanda por internações nessas áreas. Assim, não havendo demanda, torna-se inviável atingir a meta proposta, uma vez que a produção assistencial depende diretamente do volume de nascimentos.

NASCIDOS VIVOS

Nascidos Vivos segundo Ano do Nascimento
Munic. Residência: 353060 Mogi das Cruzes
Período: 2022-2024

	Ano do Nascimento	Nascidos Vivos
TOTAL		15.437
2022		5.393
2023		5.222
2024		4.822

Fonte:
SESSP-CCD/FSEADE - Base Unificada de Nascidos Vivos
A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
Dados de 2011, 2012 atualizados em 05/2014.
Dados de 2013 atualizados em 02/2015.
Dados de 2014 atualizados em 08/2016.
Dados de 2017 atualizados em 09/2019.
Dados de 2018 a 2021 atualizados em 10/2023.
Dados de 2022 atualizados em 07/2024.
Dados de 2023 a 2025 atualizados em 04/2025.
Dados de 2023 a 2025 - dados preliminares.

NOTA: as bases de 2000 a 2011 são unificadas SESSP/Fundação SEADE e, a partir de 2011 os dados são da Base Municipal/SINASC/CCD/SESSP.

META 02

- **META:** 90% dos agrupamentos com alcance de 95% ou mais do produzido em relação ao contratado Medir a proporção de alcance da produção ambulatorial contratada.
- **AÇÕES PARA ALCANCE:** Verificar a proporção de alcance da produção conforme os agrupamentos pactuados no plano operativo das Metas Quantitativas, tanto ambulatorial quanto hospitalar. Através da constatação de equipe médica especializada descritos no (anexo I); Aquisição de

medicamentos conforme (anexo III). Aquisição de material médico hospitalar-enfermagem conforme(anexo IV).

- **SITUAÇÃO ATUAL:** Produção ambulatorial contratada com o gestor no ano

CÓDIGO AGRUPAMENTO	AGRUPAMENTOS CONTRATADOS NO ANO	CONTRATADO
01	Coleta de material	0
02	Diagnóstico em laboratório clínico	12430
03	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	51
04-01	SADT - Mamografia	651
04-02	SADT - RX	4188
04-03	SADT - Radiologia (outros)	178
04-04	SADT - Ultrassonografia	2682
04-05	SADT - Tomografia	182
04-06	SADT - Ressonância Magnética	145
04-07	SADT - Medicina Nuclear	72
04-08	SADT - Endoscopia	0
04-09	SADT - Radiologia intervencionista	0
05	Diagnósticos em especialidades	6206
06-01	Hematologia e Hemoterapia - diag e proced espec	1254
06-02	Hemoterapia	594
07	Diagnóstico por teste rápido	0
08	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	7600
09	Fisioterapia	16365
10	Tratamentos clínicos (outros)	1895
11-01	RT	0
11-02	QT	0
12-01	TRS – DPI	0
12-02	TRS – HD	0
12-03	TRS – DPA	0
12-04	TRS – Outros	0
12-05	TRS - Catéter/Fístula	0
12-06	TRS - OPM	0
13	Trat odontológicos	0
14-01	Litotripsia	0
14-02	Terapias especializadas (outros)	0
15	Pequenas cirurgias	280
16-01	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	0
16-02	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	0
16-03	Cirurgia do aparelho da visão	61
16-04	Cirurgia do aparelho circulatório	0
16-05	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexose parede abdominal	0
16-06	Cirurgia do sistema osteomuscular	0
16-07	Cirurgia do aparelho geniturinário	0

16-08	Cirurgia de mama	0
16-09	Cirurgia obstétrica	0
16-10	Cirurgia torácica	0
16-11	Cirurgia reparadora	0
16-12	Cirurgia bucomaxilofacial	0
16-13	Cirurgias (outras)	0
17	Anestesiologia	0
18-01	TX - Coletas e exames	0
18-02	TX - Ações relacionadas	0
18-03	TX - Processamento de tecidos	0
18-04	TX - Transplante	0
18-05	TX - Acompanhamento	0
18-06	TX - OPM	0
19	OPM	0

- **SITUAÇÃO PRETENDIDA:** 90% dos agrupamentos com alcance de 95% ou mais do produzido em relação ao contratado Medir a proporção de alcance da produção ambulatorial contratada.

CÓDIGO AGRUPAMENTO	AGRUPAMENTOS	PRODUÇÃO APROVADA NO ANO
01	Coleta de material	0
02	Diagnóstico em laboratório clínico	149172
03	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	612
04-01	SADT - Mamografia	7812
04-02	SADT - RX	50256
04-03	SADT - Radiologia (outros)	2136
04-04	SADT - Ultrassonografia	32184
04-05	SADT - Tomografia	2184
04-06	SADT - Ressonância Magnética	1740
04-07	SADT - Medicina Nuclear	864
04-08	SADT - Endoscopia	0
04-09	SADT - Radiologia intervencionista	0
05	Diagnósticos em especialidades	74472
06-01	Hematologia e Hemoterapia - diag e proced espec	15048
06-02	Hemoterapia	7128
07	Diagnóstico por teste rápido	0
08	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	91200
09	Fisioterapia	196380
10	Tratamentos clínicos (outros)	22740
11-01	RT	0
11-02	QT	0
12-01	TRS - DPI	0

12-02	TRS – HD	0
12-03	TRS – DPA	0
12-04	TRS – Outros	0
12-05	TRS - Catéter/Fistula	0
12-06	TRS - OPM	0
13	Trat odontológicos	0
14-01	Litotripsia	0
14-02	Terapias especializadas (outros)	0
15	Pequenas cirurgias	3360
16-01	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	0
16-02	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	0
16-03	Cirurgia do aparelho da visão	732
16-04	Cirurgia do aparelho circulatório	0
16-05	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	0
16-06	Cirurgia do sistema osteomuscular	0
16-07	Cirurgia do aparelho geniturinário	0
16-08	Cirurgia de mama	0
16-09	Cirurgia obstétrica	0
16-10	Cirurgia torácica	0
16-11	Cirurgia reparadora	0
16-12	Cirurgia bucomaxilofacial	0
16-13	Cirurgias (outras)	0
17	Anestesiologia	0
18-01	TX - Coletas e exames	0
18-02	TX - Ações relacionadas	0
18-03	TX - Processamento de tecidos	0
18-04	TX – Transplante	0
18-05	TX – Acompanhamento	0
18-06	TX – OPM	0
19	OPM	0

- INDICADOR:** Alcance da produção ambulatorial em relação ao contratado (Fatura em relação a Ficha de Programação Orçamentária - FPO) Forma de cálculo: Numerador: Número de agrupamentos com alcance de 95% ou mais. Denominador: Número de agrupamentos com procedimentos contratados (x 100) "Agrupamento" conforme consta no Manual de orientações técnicas - Monitoramento da Produção Ambulatorial e Hospitalar. Disponível no site da SES-SP. Pontuação: maior ou igual a 90% igual a 03 pontos, menor que 90% e maior ou igual a 85% igual a 02 pontos, menor que 85% = 00 pontos. Fonte de Dados: Sistema de Informação Ambulatorial - SIA / Fichas de Programação Orçamentária e Financeira (FPO)

CÓDIGO AGRUPAMENTO	AGRUPAMENTOS	PRODUÇÃO APROVADA NO ANO
1	Coleta de material	0
2	Diagnóstico em laboratório clínico	149172
3	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	612
04-01	SADT - Mamografia	7812
04-02	SADT - RX	50256
04-03	SADT - Radiologia (outros)	2136
04-04	SADT - Ultrassonografia	32184
04-05	SADT - Tomografia	2184
04-06	SADT - Ressonância Magnética	1740
04-07	SADT - Medicina Nuclear	864
04-08	SADT - Endoscopia	0
04-09	SADT - Radiologia intervencionista	0
05	Diagnósticos em especialidades	74472
06-01	Hematologia e Hemoterapia - diag e proced espec	15048
06-02	Hemoterapia	7128
07	Diagnóstico por teste rápido	0
08	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	91200
09	Fisioterapia	196380
10	Tratamentos clínicos (outros)	22740
11-01	RT	0
11-02	QT	0
12-01	TRS – DPI	0
12-02	TRS – HD	0
12-03	TRS – DPA	0
12-04	TRS – Outros	0
12-05	TRS - Catéter/Fistula	0
12-06	TRS - OPM	0
13	Trat odontológicos	0
14-01	Litotripsia	0
14-02	Terapias especializadas (outros)	0
15	Pequenas cirurgias	3360
16-01	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	0
16-02	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	0
16-03	Cirurgia do aparelho da visão	732

16-04	Cirurgia do aparelho circulatório	0
16-05	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	0
16-06	Cirurgia do sistema osteomuscular	0
16-07	Cirurgia do aparelho geniturinário	0
16-08	Cirurgia de mama	0
16-09	Cirurgia obstétrica	0
16-10	Cirurgia torácica	0
16-11	Cirurgia reparadora	0
16-12	Cirurgia bucomaxilofacial	0
16-13	Cirurgias (outras)	0
17	Anestesiologia	0
18-01	TX - Coletas e exames	0
18-02	TX - Ações relacionadas	0
18-03	TX - Processamento de tecidos	0
18-04	TX - Transplante	0
18-05	TX - Acompanhamento	0
18-06	TX - OPM	0
19	OPM	0
		658.020

CÓDIGO AGRUPAMENTO	AGRUPAMENTOS	PRODUÇÃO APROVADA NO ANO	PRODUÇÃO REALIZADA ANO	RESULTADO %	JUSTIFICATIVA
2	Diagnóstico em laboratório clínico	149172	161.852	108,5002547	
3	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	612	1.930	315,3594771	O aumento na realização de exames anatomopatológicos está diretamente relacionado à avaliação clínica individualizada realizada durante as consultas médicas. A solicitação desses exames ocorre sempre que há necessidade de um diagnóstico mais preciso, garantindo a rastreabilidade diagnóstica e a segurança do paciente, conforme as boas práticas assistenciais.
04-01	SADT - Mamografia	7812		0	Os agrupamentos 04-01 e 04-03 foram contabilizados em conjunto com o agrupamento 04-02. Em anexo, segue o relatório do DATASUS referente ao faturamento aprovado do Subgrupo de Radiologia, no qual é possível observar que os procedimentos de mamografia e demais exames de radiografia estão incluídos de forma consolidada.
04-02	SADT - RX	50256	67.581	134,4734957	
04-03	SADT - Radiologia (outros)	2136		0	

04-04	SADT - Ultrassonografia	32184	32.892	102,1998509	
04-05	SADT - Tomografia	2184	8.414	385,2564103	O aumento na realização de tomografias ocorreu em razão da aquisição de novos equipamentos pela Instituição, com recursos próprios. A partir dessa ampliação da capacidade instalada, foram disponibilizadas agendas extras pela Santa Casa, em parceria com o Município, visando atender à demanda crescente identificada pela Secretaria Municipal de Saúde.
04-06	SADT - Ressonância Magnética	1740	2.402	138,045977	
04-07	SADT - Medicina Nuclear	864	816	94,44444444	O Grupo 04-07 é regulado pela Secretaria Municipal de Saúde, que é responsável pelo encaminhamento da demanda do município. O não atingimento da meta neste grupo deve-se, principalmente, à quantidade de solicitações encaminhadas pela regulação, bem como à ausência dos pacientes nos procedimentos agendados, o que impacta diretamente na execução dos atendimentos programados.
5	Diagnósticos em especialidades	74472	64.372	86,43785584	No Grupo de Diagnóstico em Especialidades, o principal fator que impactou negativamente a produção foi a realização de procedimentos ambulatoriais na especialidade de oftalmologia. Embora o convênio FPO preveja uma programação mensal de 1.000 procedimentos, o número efetivamente faturado foi significativamente menor, principalmente devido ao alto índice de absenteísmo dos pacientes. Vale destacar que o serviço é ofertado de acordo com a programação pré-estabelecida de agendas, o que limita a reposição imediata de faltas e compromete a execução integral da meta.
06-01	Hematologia e Hemoterapia - diag e proced espec	15048	8.432	56,03402446	O decréscimo no volume de procedimentos registrados no período analisado decorre, principalmente, das condições inadequadas do espaço físico destinado à realização dos procedimentos. A estrutura

06-02	Hemoterapia	7128	4.342	60,91470258	comprometida afetou diretamente a operacionalidade e a capacidade de atendimento do setor, gerando uma redução significativa na oferta dos serviços. Somado a isso, a mudança temporária do local de coleta impactou o fluxo e a logística das atividades, contribuindo ainda mais para a queda da produtividade. As medidas adotadas, embora necessárias, tiveram como foco principal a preservação da segurança de pacientes e da equipe técnica. Vale ressaltar que em 2024 a Santa Casa firmou um novo convênio FPO com a Município em Agosto/2024, no qual foi reapctuado o quantitativo de hemoterapia considerando os ultimos 12 meses.
08	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	91200	408.285	447,6809211	A extrapolação significativa da meta prevista para o agrupamento de Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos, que atingiu 447,68% da produção anual aprovada, deve-se principalmente à contabilização dos atendimentos realizados no Pronto Socorro da Instituição. Cabe esclarecer que, conforme metodologia da FPO (Ficha de Programação Orçamentária), os atendimentos realizados no Pronto Socorro não são considerados na composição da meta aprovada, sendo, portanto, desvinculados do planejamento original pactuado. Assim, a aparente superprodução não indica um desequilíbrio na execução contratual, mas sim a inclusão de uma produção assistencial legítima e de alta demanda, oriunda de serviços de urgência e emergência que extrapolam a programação estabelecida pela FPO.
9	Fisioterapia	196380	208.380	106 1106019	
10	Tratamentos clínicos (outros)	22740	25.025	110 0483729	
15	Pequenas cirurgias	3360	2.246	66,3452381	O não atingimento da meta de pequenas cirurgias está relacionado, principalmente, à ausência de encaminhamentos pela especialidade médica, além da diminuição da demanda observada em períodos específicos, o que comprometeu a triagem e a realização dos procedimentos programados.

16-03	Cirurgia do aparelho da visão	732	575	78,55191257	Em determinados períodos específicos, ocorreram limitações operacionais decorrentes da reorganização da agenda cirúrgica. Tais circunstâncias impactaram significativamente a capacidade de realização do volume previsto de cirurgias, comprometendo o atendimento integral da demanda e, por conseguinte, o atingimento da meta estabelecida para cirurgias de catarata.
		658.020	997.544		

RESULTADO: Considerando a somatória geral de todos os agrupamentos, a meta proposta de 658.020 procedimentos/atendimentos foi ultrapassada em 997.544. No entanto, ao analisar os agrupamentos de forma individual, alguns não atingiram a meta estabelecida, sendo eles: 04-07, 05, 06-01, 06-02, 15 e 16-03.

Diante disso, seguem acima as devidas justificativas para os agrupamentos que não alcançaram o desempenho esperado, bem como para aqueles que apresentaram produção superior à meta.

Para comprovação das informações apresentadas, seguem anexos os relatórios extraídos do TABNET.

Sem mais para o momento.



Santa Casa de Misericórdia de Mogi das Cruzes
Miriam do Valle Nogueira - Provedora