

# RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES

## 2018



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO

 [www.isgsaude.org](http://www.isgsaude.org)

 /isgsaude

OSS GESTORA:



## SUMÁRIO

1.	HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL AME SJC.....	5
1.1	MISSÃO, VISÃO E VALORES DO AME SJC .....	6
1.2	CARACTERÍSTICAS.....	6
2.	O PAPEL DO AME SÃO JOSÉ DOS CAMPOS NA REGIÃO.....	7
2.1	ABRANGÊNCIA .....	7
2.2	REDE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.....	7
2.3	FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DA REDE E DE ALTAS .....	8
2.4	PERSPECTIVA DE ATENDIMENTO .....	8
2.5	CAPACIDADE INSTALADA:.....	9
2.6	RECURSOS DO CENTRO CIRÚRGICO .....	9
3.	TRANSIÇÃO DE GESTÃO: SES/SPDM/ISG .....	10
4.	MODELO DE GESTÃO ISG .....	11
5.	GESTÃO DE PESSOAS .....	12
5.1	CONTRATAÇÃO DE PESSOAS .....	12
5.2	CONTRATAÇÃO DO CORPO CLÍNICO .....	12
6.	NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) .....	14
7.	GESTÃO DA QUALIDADE .....	15
7.1	GESTÃO DE RISCOS .....	16
7.1.1	DIRETRIZES DA GESTÃO DE RISCOS .....	16
7.1.1.1	IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E GERENCIAMENTO DE RISCOS .....	16
7.1.1.2	IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E RISCOS.....	17
7.1.1.3	AVALIAÇÃO DOS RISCOS.....	17
7.1.1.4	TRATAMENTO DOS RISCOS .....	18

7.1.1.5	NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES .....	18
7.1.1.6	CLASSIFICAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES .....	18
7.1.1.7	TRATAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES .....	19
7.1.1.8	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	19
7.1.1.9	GERENCIAMENTO DE RISCOS .....	20
7.1.1.10	CULTURA DA SEGURANÇA.....	20
7.1.1.11	SEGURANÇA NA COMUNICAÇÃO.....	20
7.1.1.12	CONTROLE DE INFECÇÃO .....	21
7.1.1.13	SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS .....	21
7.1.1.14	SEGURANÇA CIRÚRGICA.....	21
7.1.1.15	AVALIAÇÃO DO RISCO .....	21
7.1.1.16	FARMACOVIGILÂNCIA .....	22
7.1.1.17	GERENCIAMENTO DE TECNOLOGIAS.....	22
7.1.1.18	GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	22
7.1.1.19	PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA A SAÚDE (PCIRAS) .....	22
7.1.1.20	BIOSSEGURANÇA .....	23
7.1.1.21	EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	23
8.	AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO .....	24
8.1	PRINCIPAIS AÇÕES VOLTADAS À COMUNIDADE.....	25
9.	SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS .....	26
10.	SUPRIMENTOS.....	29
11.	ENGENHARIA.....	31
12.	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC) .....	33
13.	COMUNICAÇÃO .....	35
14.	INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL .....	36
14.1	DESEMPENHO ASSISTENCIAL – METAS QUANTITATIVAS.....	36

14.2	DESEMPENHO ASSISTENCIAL – METAS QUALITATIVAS .....	37
14.3	PERDA PRIMÁRIA - CONSULTA MÉDICA .....	37
14.4	TAXA DE ABSENTEÍSMO - CONSULTA MÉDICA.....	38
14.5	TAXA DE CANCELAMENTO DE CIRURGIA.....	39
14.6	ÍNDICE DE RETORNO – CONSULTAS MÉDICAS .....	40
14.7	REGISTRO DE ALTA GLOBAL.....	40
14.8	DESEMPENHO ASSISTENCIAL – METAS E INDICADORES.....	41
15.	GESTÃO FINANCEIRA .....	42
16.	CONCLUSÃO .....	43

## 1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL AME SJC

Em julho de 2019, o Ambulatório Médico de Especialidades "Edy Costa Mendes" - AME São José dos Campos completa 10 anos de inaugurado. Suas principais características são o grande volume de atendimentos especializados e de serviços diagnósticos, buscando a integração com a rede de saúde, para garantia da utilização dos atendimentos disponibilizados de forma plena, e a melhoria da referência e contra-referência da assistência proposta.

O ambulatório preza pela produção de diagnósticos fidedignos dentro do conceito da resolubilidade, sugerida ao modelo AME pelo Governo do Estado de São Paulo. Lançado em 2007, o novo modelo idealizado pelo então secretário de saúde de São Paulo, Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, surgiu a necessidade de um serviço intermediário entre as unidades básicas de saúde e os hospitais, eliminando os gargalos enfrentados pelos municípios quanto às necessidades de consultas médicas e diagnóstico especializados.

Para garantia do objetivo idealizado à estruturação do serviço, decorreu contemplando um alto nível de qualidade, empregando recursos humanos, tecnológicos, serviços de apoio, gestão administrativa e um serviço de atendimento dedicado ao usuário SUS, de forma customizada para o modelo. Dentro deste contexto, o ISG, com sua *expertise*, em parceria com o Governo do Estado, vem desenvolvendo resultados significativos na gestão do AME, os quais serão apresentados neste relatório.

## 1.1 MISSÃO, VISÃO E VALORES DO AME SJC

### MISSÃO

Prestar assistência especializada de excelência, promovendo qualidade de vida à população.

### VISÃO

Ser referência em atendimento de qualidade e eficiência, proporcionando o desenvolvimento dos profissionais.

### VALORES

Transparência, ética, excelência, humanização e sustentabilidade.

## 1.2 CARACTERÍSTICAS

O AME é um Centro Ambulatorial de diagnóstico, tratamento e orientação terapêutica em especialidades médicas, de alta resolubilidade, tendo, como objetivo principal, o apoio às necessidades da Atenção Primária.

São consideradas 05 Linhas de Serviços:

1. Serviços de Consulta de Atendimento Médico Especializado;
2. Serviços de Atendimento Multiprofissional e Interdisciplinar;
3. Serviços de Suporte Diagnóstico:
  - ✓ Diagnóstico por Imagem;
  - ✓ Diagnósticos por Análises Clínicas;
  - ✓ Diagnósticos por Anatomia Patológica;
  - ✓ Métodos Diagnósticos de Especialidades (incluindo endoscopias e métodos gráficos);
4. Cirurgia Ambulatorial Menor e Maior;
5. Serviço de Assistência Farmacêutica.

## 2.0 PAPEL DO AME SÃO JOSÉ DOS CAMPOS NA REGIÃO

O AME tem o objetivo de atender a demanda reprimida por especialidades médicas e exames especializados dos municípios referenciados e fazer parte da hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando a Rede de Assistência à Saúde (RAS). As especialidades atendidas e os municípios referenciados são definidos pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo, representado pelo Departamento Regional de Saúde – DRS XVII e Colegiado dos municípios de abrangência e as atividades contratadas, formalizadas por meio do Contrato de Gestão.

### 2.1 ABRANGÊNCIA

Localizado à Avenida Engenheiro Francisco José Longo, n.º 925, bairro Jardim São Dimas – São José dos Campos/São Paulo, o Ambulatório Médico de Especialidades "Edy Costa Mendes" - AME São José dos Campos destaca-se pelo atendimento especializado de média complexidade, referenciando os municípios da região do Vale do Paraíba (Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca, São José dos Campos e demais municípios referenciados via DRS XVII, que compõem uma população estimada em 1.100.000 habitantes. Destaca-se que sua localização foi estrategicamente definida na cidade de São José dos Campos, município central da sub-região do Alto Vale do Paraíba, visando facilitar a logística dos encaminhados aos serviços de saúde prestados.

### 2.2 REDE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

A rede de saúde de São José dos Campos dispõe de 10 hospitais, 06 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 22 unidades especializadas em saúde. O município é referência no atendimento médico-hospitalar para o Vale do Paraíba, litoral Norte e sul de Minas Gerais. Tendo como referência para urgências e emergências o Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence.

## 2.3 FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DA REDE E DE ALTAS

Os atendimentos no AME são em sua totalidade eletiva, agendados por centrais reguladoras municipais, que têm o objetivo de encaminhar os pacientes das unidades de atendimento básico para o serviço especializado.



## 2.4 PERSPECTIVA DE ATENDIMENTO

A perspectiva de atendimento do AME São José dos Campos é acolher os pacientes encaminhados pela rede básica para atendimento especializado em linhas de cuidados.

Em casos clínicos, após diagnóstico e orientação terapêutica, o paciente retornará para sua unidade de origem da Rede de Atenção Básica (contrarreferência) ou, conforme necessidade, o AME fará a referência do paciente para Ambulatórios de Especialidades (casos crônicos complexos), hospitais, centros especializados ou para outros equipamentos de saúde, através das Centrais Reguladoras.

Por seu turno, em se tratando de casos de pequenos procedimentos cirúrgicos são passíveis de resolução na Unidade. Os casos cirúrgicos de maior porte são contrarreferenciados aos hospitais da área de abrangência.

O desenvolvimento de Linhas de Cuidados implica em acordos e articulações com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) quanto ao referenciamento de pacientes com patologias clínicas e/ou cirúrgicas de complexidade diagnóstica para a permanência sob os cuidados ambulatoriais ou hospitalares, de forma que sejam encaminhados e tratados.

Atendendo solicitações de todo o estado, em especial dos municípios situados na região de saúde do Departamento Regional de Saúde - DRS XVII – São José dos Campos, está integrado aos sistemas de regulação de serviços de media complexidade da CROSS, onde os gestores municipais, regionais e estaduais podem agendar e acompanhar, de modo on-line, a utilização desses serviços.

## **2.5 CAPACIDADE INSTALADA:**

- 20 salas de atendimento;
- 18 salas de exames;
- 01 sala de reabilitação;
- 60 salas de apoio.

## **2.6 RECURSOS DO CENTRO CIRÚRGICO**

- 01 sala de procedimentos cirúrgicos ambulatorial.

### 3. TRANSIÇÃO DE GESTÃO: SES/SPDM/ISG

**Foram realizadas diversas reuniões com as equipes e com a supervisão e orientação da SES, fundamentais para o sucesso do processo** e para definição e alinhamento da transição nas áreas: Patrimônio, Recursos Humanos, Contabilidade, Contratos com Terceiros, Suprimentos, Estrutura Física e Tecnologia da Informação.

O ISG prontamente montou uma Equipe de Implantação para auxiliar na organização e padronização dos serviços, planejamento e treinamento de colaboradores.

As atividades do ISG foram iniciadas em abril de 2018, com a realização de reuniões com os colaboradores da SPDM e equipes médicas, apresentando a filosofia e o trabalho do Instituto, e coletando documentos necessários para a sub-rogação. A reunião realizada no dia 26 de abril foi um **grande marco** para a anuência da maioria dos colaboradores, com a presença da Superintendência do ISG, **que convidou a todos os colaboradores que quisessem permanecer e aplicar o melhor do seu talento para cuidar e salvar vidas.**

Como resultado, tivemos sucesso com o **aceite de mais de 90%** dos colaboradores que já trabalhavam no AME. Em paralelo, a equipe de Recursos Humanos realizou um Processo Seletivo emergencial para complementação das vagas, iniciado em maio.

O Superintendente Técnico-Científico, Dr. André Guanaes, juntamente com a Diretora Técnica Dra. Camila Kallaur e o Gerente Administrativo da unidade, Gustavo Abreu, fizeram visitas às instalações e deram as boas-vindas aos novos colaboradores. As atividades foram iniciadas com funcionamento pleno dos serviços contratados.

## 4. MODELO DE GESTÃO ISG

A gestão do ISG é marcada pela realização de diagnóstico situacional das diferentes áreas para avaliar desde a situação inicial ao chegar na nova unidade e a evolução do processo de implantação, envolvendo as áreas de Gestão de Pessoas, Suprimentos, TI, Patrimônio, Engenharia Clínica, estrutura física, como também os recursos disponíveis para servir como base de comparação para as ações a serem realizadas através do Contrato de Gestão a ser firmado com a Secretaria Estadual de Saúde de SP.

Com o objetivo de fazer da unidade uma referência em gestão de saúde e atendimento no Estado de São Paulo, propomos filosofias de trabalho utilizadas com sucesso em outras unidades hospitalares geridas pelo Instituto Sócrates Guanaes em outros estados do Brasil.

## 5. GESTÃO DE PESSOAS

Recursos Humanos (RH) é sabidamente o maior custo da unidade de saúde. Representa em torno de 55% a 70% do orçamento, a depender da complexidade da unidade. Ao entrar em uma nova gestão, o ISG entende que a Gestão de Pessoas é o fator primordial para atingir os resultados esperados. Além de pessoas, todos os processos de gerenciamento que envolvem os colaboradores são tratados de forma cuidadosa. Assim, o ISG dispõe de equipe local, na unidade, tendo implantado diversos indicadores, normas e políticas, treinamentos ao setor Gestão de Pessoas.

### 5.1 CONTRATAÇÃO DE PESSOAS

A prioridade para composição do quadro de colaboradores foi convidar os colaboradores da SPDM para fazerem da nova equipe ISG/AME. Neste momento, obtivemos o **aceite da maioria dos colaboradores** existentes no quadro.

Para compor o quadro necessário para operação do AME, foi ainda realizado, ao longo de 2018, 1 processo seletivo por Edital Público e/ou contratação emergencial.

Nestes processos seletivos tivemos um total de **588 candidatos inscritos** que passaram por prova de seleção resultando em **368 classificados**, **15 contratados** e **352 pessoas em cadastro reserva**, para futuras contratações na unidade.

Os processos seletivos do ISG são conduzidos por uma equipe própria, formada por profissionais das unidades que administra, envolvendo os setores de Gestão de Pessoas e a Comunicação, garantindo eficiência e transparência na condução dos resultados e divulgação (na imprensa, no site e nas Redes Sociais do Instituto).

### 5.2 CONTRATAÇÃO DO CORPO CLÍNICO

O corpo clínico médico representa, em percentual, o maior valor dispendido em RH entre as diversas categorias profissionais que atuam em uma unidade de saúde, devido ao seu quantitativo e valor de remuneração. Assim sendo, uma criteriosa seleção e gestão dos reais recursos necessários, de acordo com a demanda e para uma boa

produtividade, é mandatória e essencial para a eficiência desejada.

Nesse contexto, a seleção do corpo clínico foi liderada pelo Superintendente Técnico-Científico do ISG, 95% do corpo clínico foram sub-rogados da gestão anterior e os demais foram contratados após encontros com médicos renomados e qualificados da região, sempre em busca dos melhores talentos. Em alinhamento com o propósito e a missão do ISG, as equipes deveriam ser engajadas em oferecer saúde com espírito público e eficiência do privado para toda população SUS.

A seleção das equipes cumpriu os critérios de melhor custo e qualidade, priorizando coordenações com título de especialista em sua área de atuação, preservando a composição das equipes com colegas que já faziam parte do corpo clínico da unidade.

Após a contratação das equipes médicas nas áreas afins, iniciou um trabalho de integração entre as equipes médicas já existentes no ambulatório com as recém-contratadas, de forma que um planejamento estratégico foi estabelecido para dar continuidade a todas as ações desenvolvidas.

## 6. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

O NIR inicialmente era formado por 2 (duas) auxiliares administrativas, em regime de horário administrativo de 40 horas semanais e uma gerente de reabilitação. O setor tem acesso às vagas do sistema CROSS.

No diagnóstico realizado pela equipe do ISG na implantação, foi evidenciada a necessidade de redimensionamento do quadro de colaboradores, substituindo a Gerente de reabilitação pela Coordenadora de Enfermagem. Com essa mudança, melhorou a qualificação técnica nas respostas das solicitações de vagas e encaminhamentos.

Também foi realizada uma organização estrutural do serviço com melhor gerenciamento das vagas, mapeamento dos fluxos de pacientes regulados e atendimentos ambulatoriais; treinamento para as equipes nos módulos de Regulação e gerenciamento de leitos do sistema da CROSS; melhor interação junto ao DRS XVII nas reuniões de colegiado e câmara técnica.

## 7. GESTÃO DA QUALIDADE

Gestão da Qualidade é a gerência focada na melhoria contínua em busca de excelência nos processos e na qualidade da assistência. O compromisso do ISG com a Qualidade da assistência prestada é demonstrado em Planejamento Estratégico elaborado, no qual uma das metas planejadas é o alcance de certificações de qualidade.

O ISG demonstra seu compromisso com a gestão desde o início das atividades no Ambulatório Médico de Especialidade de São José dos Campos, desenvolvendo ações por meio de normativas, protocolos e processos padronizados. A garantia da qualidade é um dos pilares do sistema de gestão, tendo como base as diretrizes da ONA – Organização Nacional de Acreditação.

A estrutura da gestão dos processos é pautada no conceito de Governança Clínica definido, segundo o NHS – *National Health System*, como “melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e a garantia de elevados padrões de atendimento, criando um ambiente de excelência de cuidados clínicos”. As ações são direcionadas, a partir das seguintes premissas:

- Educação e treinamento: executados para todos os colaboradores da instituição, baseados em indicadores assistenciais e da estratégia institucional;
- Auditoria clínica: busca ativa realizada em prontuários de pacientes com foco nos processos e protocolos institucionais;
- Efetividade Clínica: baixo custo, alta qualidade e alta resolubilidade, por meio de medicina baseada em evidências e do uso de protocolos clínicos;
- Pesquisa e desenvolvimento: estímulo ao desenvolvimento de trabalhos científicos;
- Transparência e responsabilidade: exposição dos resultados das metas estratégicas e discussão para melhorias;
- Gerenciamento de risco: Desenvolvimento de cultura da segurança do paciente, tendo como base as boas práticas de segurança.

## 7.1 GESTÃO DE RISCOS

O Gerenciamento de Risco na área da saúde é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação e avaliação de perigos, no controle e prevenção da ocorrência de riscos associados aos perigos identificados e na investigação de incidentes que afetam a segurança do paciente, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

A Política de Gestão de Riscos implantada na unidade vem sendo revisada, periodicamente, de forma a garantir a utilização de melhores práticas em relação à cultura de segurança do paciente.

Tem por objetivo formalizar diretrizes para o estabelecimento e implantação de metodologia que visa a prevenir riscos e danos aos clientes proporcionando assistência segura e de qualidade. Sendo assim, a aplicação de melhores práticas no âmbito do gerenciamento de risco pode se concretizar como uma estratégia fortalecedora para o processo de Gestão da Qualidade.

### 7.1.1 DIRETRIZES DA GESTÃO DE RISCOS

#### 7.1.1.1 IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E GERENCIAMENTO DE RISCOS

A identificação de perigos nos processos e implantação de metodologia para gerenciamento de riscos contribui para:

1. Diminuir a probabilidade da ocorrência de falhas, atuais ou potenciais, em processos;
2. Aumentar a confiabilidade dos processos já em operação por meio da análise das falhas que já ocorreram;
3. Diminuir os riscos de erros e aumentar a qualidade em procedimentos clínicos e processos administrativos.

A metodologia implantada para o Gerenciamento de Riscos consiste em identificar perigos existentes na execução dos processos, avaliar os possíveis riscos, calcular o grau do risco baseado em probabilidade de ocorrência e gravidade do dano, planejar ações preventivas para que o risco não aconteça e em caso de ocorrência, planejar ação corretiva com o intuito de sanar o problema ou minimizar seu impacto.

### **7.1.1.2 IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E RISCOS**

Identificar Perigos e Riscos implica em gerar uma lista abrangente de todos os perigos existentes nas etapas dos processos e os possíveis riscos atrelados a eles, que possam impactar, positiva ou negativamente, a realização dos objetivos.

### **7.1.1.3 AVALIAÇÃO DOS RISCOS**

A finalidade desta etapa do processo é realizar análise qualitativa e quantitativa do risco visando a auxiliar na tomada de decisões e considerando a priorização para implantação de ações.

**Avaliação Qualitativa do Risco (desfecho no paciente):**

Essa avaliação é realizada tanto para os riscos assistenciais/ clínicos, com base nas diretrizes da OMS – Organização Mundial da Saúde, utilizando os conceitos de incidentes sem dano e com danos leve, moderado, grave ou óbito, quanto para os riscos administrativos nos quais avaliamos a criticidade relacionada às consequências para pessoas, para o patrimônio, meio ambiente e imagem institucional.

**Avaliação Quantitativa do Risco:**

A avaliação quantitativa do risco é realizada com base na frequência de ocorrência do risco identificado.

Para a avaliação do grau do risco dos processos e priorização na tomada de ação é utilizada a Matriz de Tolerabilidade que combina as informações de análise qualitativa e quantitativa.

#### 7.1.1.4 TRATAMENTO DOS RISCOS

Envolve a seleção de uma ou mais opções para prevenir o risco ou mitigar consequências do seu impacto, caso ocorra, e a implementação dessas opções. Nessa etapa do processo é observado o grau do risco e sua criticidade, ou seja, se é Tolerável, Intolerável ou está na zona de “Alerta”, conforme Matriz de Tolerabilidade. O Tratamento a ser realizado dependerá dessas características.

##### **Ações Preventivas**

São ações planejadas com o intuito de evitar a ocorrência do risco.

##### **Ações Corretivas**

São ações planejadas em função da consequência/ impacto da ocorrência do risco. O intuito é mitigar.

##### **Monitoramento**

Ferramentas para o acompanhamento do risco e sua ocorrência, devem ser planejadas.

#### 7.1.1.5 NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Todos os incidentes ocorridos no ambulatório são notificados ao setor de Qualidade por meio de formulário próprio, disponível no servidor eletrônico – Pasta Qualidade compartilhada. Qualquer profissional pode notificar um incidente.

A classificação da Notificação e o devido encaminhamento são realizados por profissional da Qualidade. Quando necessário, é solicitado parecer do Núcleo de Segurança do Paciente para consenso sobre a classificação e análise da Notificação.

#### 7.1.1.6 CLASSIFICAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES

A classificação das Notificações é realizada conforme estrutura conceitual apresentada no documento “Classificação Internacional para a Segurança do Paciente” publicado pela OMS – Organização Mundial de Saúde:

### 7.1.1.7 TRATAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES

As Notificações são encaminhadas aos setores de destino que são responsáveis por avaliar o ocorrido e, se necessário, convocar equipe envolvida no processo para análise de causa do problema e planejamento de ações para a melhoria. As ferramentas de gestão utilizadas nesta etapa do processo são: Braistorming, Diagrama de Ishikawa (causa e efeito) e Plano de Ação.

### 7.1.1.8 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Segurança do Paciente foi instituído no final do ano de 2013 de acordo com a RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 e é responsável pela elaboração e garantia da execução do Plano de Segurança do Paciente Institucional, realizando reuniões mensais ordinárias, e/ou extraordinárias de acordo com as demandas da unidade.

O Plano de Segurança do Paciente é o documento que define as diretrizes para a melhoria da cultura de segurança do paciente bem como as ações planejadas para a implementação desse Plano.

No AME de São José dos Campos o Plano de Segurança do Paciente foi estruturado com base nas Seis Metas Internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS):

- Identificar os pacientes corretamente;
- Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;
- Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância;
- Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
- Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da

higienização das mãos;

- Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de queda.

Para assegurar o cumprimento dessas metas, 08 processos e princípios implantados no ambulatório passaram a fazer parte do escopo de atuação do Núcleo de Segurança, sendo monitorados e acompanhados pelo Grupo periodicamente:

### **7.1.1.9 GERENCIAMENTO DE RISCOS**

O processo de gerenciamento de riscos envolve o mapeamento e identificação dos perigos e riscos, comunicação e notificação, avaliação e ações para o controle dos riscos, conforme relatado acima, de forma mais detalhada.

**IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE ROPS – REQUIRED ORGANIZATIONAL PRACTICES (PRÁTICAS DE SEGURANÇA REQUERIDAS/ OBRIGATÓRIAS)**

O referencial teórico de ROP (REQUIRED ORGANIZATIONAL PRACTICES - Práticas Organizacionais Requeridas/ Obrigatórias) também é utilizado no planejamento das ações de segurança implantadas no ambulatório. Foram selecionadas as seguintes práticas, com os respectivos objetivos, para gerenciamento:

### **7.1.1.10 CULTURA DA SEGURANÇA**

ROPS 1 – Sistema de Notificação e Aprendizado

ROPS 2 – Análise Sistêmica de Incidente Sentinela

Buscar melhoria no processo, incentivando e orientando a equipe a realizar a análise crítica das ocorrências, não conformidades e eventos, a fim de contribuir para a segurança do paciente e, minimizar e mitigar o risco de danos.

### **7.1.1.11 SEGURANÇA NA COMUNICAÇÃO**

ROPS 4 – Identificação do Paciente

Garantir a segurança do paciente e reduzir o evento adverso relacionado a identificação do paciente, em todas as fases do processo de atendimento com envolvimento de toda equipe de profissionais.

#### **7.1.1.12 CONTROLE DE INFECÇÃO**

ROPS 6 – Higiene das Mãos

Conscientizar toda a equipe para importância da higienização das mãos, garantir higienização adequada das mãos, proporcionando segurança para equipe multidisciplinar e paciente. Minimizar possibilidade de infecções adquiridas decorrentes dos procedimentos e atendimentos.

#### **7.1.1.13 SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS**

ROPS 8 – Segurança no uso de medicamentos de alto alerta.

Reduzir o risco de erros na assistência, focando na segurança do paciente no que concerne à terapêutica medicamentosa, incluindo os processos de prescrição, dispensação, distribuição, administração e monitoramento. Garantir o uso seguro de medicamentos de alto risco.

#### **7.1.1.14 SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ROPS 9 – Check list cirúrgico

Garantir a identificação do paciente, o nome e o local do procedimento a ser realizado, para prevenir erro de local, procedimento e paciente. Melhorar coordenação e eficácia da comunicação entre os profissionais da saúde e o paciente em todo fluxo assistencial.

#### **7.1.1.15 AVALIAÇÃO DO RISCO**

ROPS 11 – Prevenção de Quedas

Identificar e intervir precocemente nos fatores que favorecem e potencializam o risco de queda na instituição e, orientar sobre meios de prevenção de quedas, no cotidiano.

#### **7.1.1.16 FARMACOVIGILÂNCIA**

A política de farmacovigilância do AME São José dos Campos tem por objetivo notificar qualquer suspeita de reação adversa medicamentosa e desvio de qualidade de medicamentos, assim como realizar intervenções técnicas de prevenção.

A equipe assistencial - médico, enfermeiro e farmacêutico - têm a responsabilidade de notificar e investigar qualquer reação adversa de medicamento bem como desvios de qualidade.

#### **7.1.1.17 GERENCIAMENTO DE TECNOLOGIAS**

O Gerenciamento dos processos relacionados aos equipamentos médicos e outros produtos relacionados à área da saúde, avaliando a qualidade e a segurança destes, com foco na segurança do paciente.

#### **7.1.1.18 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

O AME São José dos Campos possui uma Comissão de Gerenciamento de Resíduos, que se reúne periodicamente conforme o cronograma, e o setor de Hotelaria é responsável por grande parte do serviço operacional e a gestão dos processos de segregação do resíduo, acondicionamento, transporte e acondicionamento interno até a coleta externa, transporte e destinação final.

#### **7.1.1.19 PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA A SAÚDE (PCIRAS)**

O plano de ações de prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) do AME é elaborado anualmente, pela equipe do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) em caráter multidisciplinar, levando em conta o mapeamento de riscos, as atividades e processos do AME, a participação ativa dos setores assistenciais e gerenciais e é validado pela Comissão (CCIRAS) e Diretorias Médica, Administrativa e de Enfermagem.

#### **7.1.1.20 BIOSSEGURANÇA**

Conforme previsto na legislação o AME SJC constituiu uma comissão gestora multidisciplinar, que tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, a comissão é constituída por representantes de vários setores e se reúne conforme cronograma para planejamento de ações de melhoria nos processos.

#### **7.1.1.21 EDUCAÇÃO PERMANENTE**

A política de Educação Permanente dos colaboradores tem por objetivo disseminar a cultura de segurança do paciente, garantindo que todos compreendam o funcionamento do ambulatório, as práticas de segurança e qualidade existentes e ainda solidifiquem a cooperação interdisciplinar e multiprofissional necessárias para a gestão por Processos.

## 8. AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO

O ISG dispõe de compromisso de humanização no relacionamento com os pacientes, colaboradores e gestores. Busca desenvolvimento de uma assistência digna, humanizada e baseada no respeito às pessoas.

A implementação da Política Estadual de Humanização (PEH) – Humaniza SES veio complementar e certificar as ações já realizadas pelo AME SJC na valorização das pessoas, na promoção da saúde e na busca constante pela qualidade na assistência. Conforme diretrizes postas pela SES, iniciamos com as discussões para a reestruturação do “novo PIH” – Plano Institucional de Humanização: como indicadores do SAU/Ouvidoria, meta qualitativa, coordenação do CIH, discussões estas realizadas com o apoio da articuladora de Humanização.

Realizado reuniões extraordinárias para confecção e análises dos programas com apoio e aprovação pela articuladora de humanização da Secretaria de Saude do Estado de São Paulo Sra. Edna Pinheiro.

As ações acompanhadas pelo PIH consistem em **projetos, ações e resultados**:

- AMBIÊNCIA PARA OS COLABORADORES
- ACOLHIMENTO NO ACESSO AOS PACIENTES EXTERNOS
- ACOLHIMENTO NA CONSULTA FARMACÊUTICA
- LINHA DE CUIDADO DE PREVENÇÃO À CEGUEIRA NA INFÂNCIA - REFLEXO VERMELHO
- VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR - AME LER
- DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS - S.A.U – SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO
- ACOLHIMENTO NO ACESSO DOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES

## 8.1 PRINCIPAIS AÇÕES VOLTADAS À COMUNIDADE

- Projeto “Lar Nossa Senhora da Salete” – Doação de itens de higiene pessoal, produto de limpeza e alimentos
  
- Projeto “Paroquia Nossa Senhora do Perpetuo Socorro” – Doação de Alimentos
  
- Outubro Rosa – Palestra preventiva ao câncer de mama;
  
- Novembro Azul – Palestra preventiva ao câncer de próstata;
- Dezembro Vermelho - Palestra de combate ao HIV;



## 9. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

O Serviço de Atendimento ao Usuário exerce papel fundamental na reorganização dos processos da unidade e tem sido um instrumento para acompanhar e mensurar a qualidade dos serviços da instituição nos diversos segmentos profissionais, buscando mensalmente avaliar a opinião do usuário através da pesquisa de satisfação.

Ao analisarmos os resultados em termos de aceitabilidade dos serviços ambulatoriais, verificamos que o ambulatório, mesmo com suas características de elevado volume de atendimentos, mantém níveis de aceitabilidade que expressam a qualidade dos serviços prestados e, sobretudo, melhorias contínuas.

Além disso, o ISG controla a Satisfação do Cliente estrategicamente delimitando metas para avaliação dos serviços ( $\geq 90\%$ ), e para retorno frente às queixas aos usuários (10 dias), com acompanhamento da Alta Gestão.

Entre os meses de maio a dezembro de 2018, acompanhamos a satisfação dos usuários referente aos serviços prestados na unidade de acordo com as entrevistas registradas no PSAT 2, onde a média do período ficou em 98%. Nos meses de maio, abril e dezembro, obtivemos a menor porcentagem do período de 97% de satisfação dos usuários, isso ocorreu devido queixas pontuais, onde entramos em contato com os pacientes para um parecer sobre os fatos e uma maior compreensão do ocorrido. Já nos meses de setembro e outubro, elevamos a satisfação e ficamos com 98%. E nos meses de julho, agosto e novembro atingimos nosso maior percentual, com 99% de satisfação dos usuários.

Neste período realizamos 252.793 atendimentos referente a consultas, exames e procedimentos, onde foram registradas 182 queixas, isso corresponde a 0,07% do total de atendimentos prestados pela unidade. As queixas foram devidamente investigadas e onde foi evidenciado o problema em relação ao atendimento e reincidência, as Diretorias tomaram ações cabíveis e necessárias, e o prazo médio de retorno das manifestações foram de 4 dias.

### Principais Queixas:

Demora marcação de Retorno: Todas as queixas foram analisadas e respondidas aos usuários pelo responsável do setor, explicando que o agendamento de retorno é um processo que leva um tempo maior em relação aos demais atendimentos devido a quantidade de exames/consultas solicitadas. Foi elaborado um plano contingencial para os dias de maior movimento.

Falta de vagas Agenda Médica: Recebemos algumas Queixas/Solicitações referente a falta de agenda de consultas médicas e exames, onde a gestão respondeu aos usuários que todos pacientes do AME que aguardam por consultas, exames e procedimentos estão cadastrados em fila de espera do sistema CROSS e que entraremos em contato conforme a disponibilidade de vagas, garantindo que os pacientes sejam atendidos no menor tempo possível.

Ao todo o S.A.U (Serviço de Atendimento ao Usuário) realizou 3.305 atendimentos entre informações, elogios, sugestões, solicitações, queixas e denúncias. Este trabalho possibilitou ao Gestor detectar possíveis falhas em seus processos, podendo melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários e auxiliar em estratégias que venham a beneficiar a unidade de saúde. E aos usuários garantiu um espaço de participação com a função de intermediar as relações com os gestores, promovendo a qualidade da comunicação, confiança e fortalecendo a cidadania.

Para proporcionar maior flexibilidade e comodidade aos nossos usuários, disponibilizamos diversas formas de atendimento, através do atendimento pessoal, por telefone, email e através da pesquisa de satisfação. O S.A.U também possui parceria com a Central 156 de São José dos Campos, onde a manifestação poderá ser registrada através desta central (que permite ligação gratuita ou email).

Tais resultados demonstram a atuação do ISG quanto à necessidade da prestação de serviços humanizada e, com qualidade, assim como evidencia a forma pela qual percebe o cliente, ou seja, entendimento que o paciente é o foco das atenções.

Salientamos ainda que a equipe do S.A.U também é responsável por apoiar a gestão no cumprimento das metas do contrato de gestão no que tange à efetividade diária de entrevistas, e inserção de dados no site da Ouvidoria SUS, atuações estas de relevância

e que apoiam o estratégico na disseminação da importância de cada um no processo assistência, com responsabilidades interdisciplinares.

## 10. SUPRIMENTOS

Ao assumir o AME, o setor de Suprimentos estava bem abastecido, e controlado, não prejudicando a assistência por falta de insumos.

Visando promover a segurança e melhoria dos processos gerenciais, assistenciais e a qualidade dos produtos e serviços adquiridos, o ISG define diretriz e mecanismos que norteiam e viabilizam os processos da cadeia de suprimentos.

Nesse contexto, conta com a Comissão Técnica de Qualificação de Fornecedores – CTQF, com o intuito de garantir a qualificação e avaliação dos fornecedores, bem como a qualidade dos produtos adquiridos, como materiais médico-hospitalares, medicamentos, produtos para laboratório, para higiene, nutrição e equipamentos hospitalares.

O escopo de atuação da CTQF compreende:

Visita Técnica aos Fornecedores com a finalidade de avaliar desde o processo de recepção de matéria prima, passando pelo armazenamento, produção, estocagem, transporte, limpeza e manutenção local.

Validação Técnica de Documentos: tem a finalidade de analisar a documentação legal da empresa, bem como dos produtos comercializados. Essa análise compreende os documentos fiscais e sanitários, referências de outros clientes, etc.

Avaliação e validação de produtos para inclusão no rol de itens padronizados.

Captação de novos fornecedores com a finalidade de colaborar com o processo de compras.

Notificação compulsória para a ANVISA sempre que o produto apresentar um desvio de qualidade e nos casos de reações adversas.

Avaliação de Fornecedores: realizada continuamente, subsidiada com informações fornecidas pelos usuários dos produtos e pelo Almoxarifado.

Elaboração e atualização do Painel de Fornecedores: informações atualizadas sobre qualificação e desqualificação de fornecedores. Este painel é enviado, sempre que atualizado, para o processo de compras, estabelecendo e fortalecendo a interface existente.

Indicadores para análise, avaliação e acompanhamento das atividades e ações da CTQF.

Todas as atividades desenvolvidas pela CTQF são formalizadas, com garantia de guarda e recuperação das informações, demonstrando a idoneidade, lisura e transparência para o processo.

Este controle repercute diretamente na gestão de custos dos insumos.

## 11. ENGENHARIA

A engenharia clínica atua no planejamento, na organização e supervisão dos processos envolvidos na execução e manutenção de serviços de conservação dos equipamentos e instalações, contribuindo para a segurança dos pacientes, qualidade dos atendimentos, e para manter as metas e certificados da instituição.

As principais atividades são:

- Inspeccionar periodicamente instalações prediais e mobiliárias da instituição, funcionamento de equipamentos médico hospitalares, orientar e participar da manutenção preventiva e corretiva dos mesmos.
- Realizar o planejamento tecnológico anual;
- Planejar compra programada;
- Elaborar os programas de calibrações, validações térmicas, manutenções preventivas e corretivas para os equipamentos médicos, e realizar o acompanhamento;
- Acompanhamento de não-conformidades e eventos adversos;
- Acompanhamento dos indicadores de qualidade/produção;
- Gerenciamento de instalações e desativações de equipamentos médicos e de apoio.
- Gerenciamento dos contratos internos;
- Gerenciamento dos contratos externos de manutenção dos equipamentos médicos.
- Elaboração e acompanhamento da escala de trabalho e plantões dos colaboradores e distribuir as tarefas a serem executadas.
- Planejamento e aplicação de rotinas para a educação continuada (treinamento) relacionados às boas práticas no uso de equipamentos.
- Acompanhamento da CQTF;
- Controle do estoque de equipamentos, peças, ferramentas e acessórios;
- Gerenciamento dos gases medicinais;
- Acompanhar e gerenciar a saída e retorno dos equipamentos, acessórios, peças e ferramentas em manutenção externa.

- Realizar manutenção preventiva nos equipamentos médico-hospitalares conforme cronograma pré-definido.
- Realizar atendimento de ordens de serviços da engenharia clínica e realizar manutenção corretiva em equipamentos médicos.
- Verificar a qualidade dos serviços efetuados pelos técnicos de manutenção.
- Realizar processos de compras e serviços, efetuando orçamentos e justificativas técnicas, e requisitar materiais.
- Monitorar limpeza e conservação de equipamentos e instrumentos de trabalho.
- Zela por dados confidenciais.
- Gerenciar preenchimento de indicadores e custos da unidade.

## 12. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)

Com a nova gestão na unidade, o ISG implantou um novo sistema de gestão hospitalar. O sistema foi implantado em tempo recorde, garantindo seu funcionamento na administração e na assistência, proporcionando integração entre todos os setores da unidade. Foi identificado obsolescência de alguns equipamentos, sendo prontamente substituídos por equipamentos de alta tecnologia, mitigando possíveis falhas, elevando o nível de segurança dos serviços tecnológicos. Abaixo algumas atividades que influenciaram na melhoria dos serviços de TI e nos processos da unidade:

### Estrutura de Servidores

A estrutura de servidores de dados foi renovada com a aquisição de um novo servidor com alta capacidade e desempenho, possibilitando virtualizar o ambiente, garantindo maior segurança e uma melhor gestão dos serviços tecnológicos. Anteriormente todos os servidores eram físicos, dificultando o gerenciamento e ficando vulnerável a falhas de hardware;

### Relógios Eletrônico de Ponto

Foram adquiridos 4 (quatro) relógios de eletrônico de ponto (Henry), para atender a necessidade do quadro de colaboradores proporcional à unidade;

### Wi-Fi Diretoria

Implementação da rede Wi-fi na diretoria. Necessidade que auxilia em reuniões e em visitas de equipes do corporativo e visitantes. Uma recurso que era muito necessário no setor;

### Vídeo Conferencia - Sala de Reunião Diretoria

Aquisição de equipamentos de alta qualidade, para vídeo conferência na sala de reunião da diretoria, possibilitando a interação entre as unidades e evitando gastos com deslocamentos para reuniões;

### Regularização de Licenças

Aquisição do licenciamento de softwares Microsoft, softwares para o setor de comunicação (Photoshop e Corel) e Antivírus gerenciável, garantindo a regularização, disponibilidade e segurança do ambiente tecnológico da unidade;

#### Implantação do Sistema de Chamado

Com a implantação do sistema de chamados, a comunicação dos colaboradores com a equipe de suporte foi facilitada. Com um layout amigável para o usuário, a ferramenta proporciona uma melhor visualização das demandas abertas, além de fornecer feedback para o acompanhamento das soluções. Além de melhorar a gestão dos incidentes e auxiliar no planejamento de ações, visando a melhoria contínua dos serviços de TI;

#### Câmeras de Segurança

Foi aumentado o número de câmeras de segurança na unidade. Permitindo um melhor monitoramento dos pontos importantes da unidade, melhorando a segurança patrimonial.

## 13. COMUNICAÇÃO

A Comunicação atua de forma estratégica junto aos seus principais públicos, identificando oportunidades, gerindo e se antecipando a pontos críticos a serem revertidos, de forma a **construir e manter uma imagem positiva do ISG e do AME, disseminar missão, visão e valores, difundir conhecimento e informação** e, especificamente junto ao seu público interno, contribuir para a **manutenção do bom clima organizacional**, acelerando mudanças de cultura, compartilhando e celebrando conquistas.

No processo de implantação, atuou na criação e produção de **identidade visual** para toda a papelaria, **uniformes** da unidade para equipe assistenciais e administrativas e na criação e instalação de **mais de 150 placas de fluxos** que contribuíam para melhor circulação e entendimento dos pacientes no novo prédio.

Atua com ações de Endomarketing, divulgação das principais notícias e divulgação dos processos seletivos (convocação e resultados), dando total transparência às contratações realizadas pelo Instituto.

## 14. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Em 2018, foram cumpridas todas as metas pactuadas para o semestre, conforme demonstrado no *Quadro abaixo*. Pensando no cenário futuro, além de manter o desempenho exitoso, estamos focados na padronização dos processos do ambulatório, implantação da Política de Humanização e implementação da cultura de Qualidade e Segurança, com a instituição do Núcleo de Segurança e capacitação para o cuidado centrado no paciente.

### 14.1 DESEMPENHO ASSISTENCIAL – METAS QUANTITATIVAS

*Quadro – Desempenho Assistencial – Indicadores Quantitativos – consultas médicas*

1º Semestre 2018 – (maio e Junho)			
METAS	Contratadas	Realizados	%
Consultas Médicas	17.130	15.491	90
Consultas não Médicas	4.340	4.164	96
Cirurgias	410	466	114
SADT Externo	5.402	5.262	97

2º Semestre 2018 – (julho a dezembro)			
METAS	Contratadas	Realizados	%
Consultas Médicas	48.495	43.626	90
Consultas não Médicas	16.020	15.345	96
Cirurgias	1.665	1.529	92
SADT Externo	16.206	14.655	90

Com uma **gestão eficiente do ISG**, os **atendimentos aos pacientes estão mais humanizados**, sendo determinante para o **alcance das metas** propostas em contrato.

## 14.2 DESEMPENHO ASSISTENCIAL – METAS QUALITATIVAS

Como premissa o AME cumpre o **Pré-Requisito** das metas da parte variável do contrato. Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de gestão – WEB.

- **Perda Primária – Consulta Médica**
- **Taxa de Absenteísmo – Consulta Médica**
- **Taxa de Cancelamento de Cirurgia**
- **Índice de Retorno**
- **Alta Global**

## 14.3 PERDA PRIMÁRIA - CONSULTA MÉDICA

Acompanha o desperdício das primeiras consultas médicas disponibilizadas para a rede referenciada. Cálculo: diferença percentual entre o total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede e o total de primeiras consultas agendadas no AME.

Resultados AME SJC - ISG			
ITEM	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Perda Primaria	0%	0%	0%

\*O segundo trimestre informamos apenas 2 meses, pois, iniciamos a gestão em maio/2018.

## 14.4 TAXA DE ABSENTEÍSMO - CONSULTA MÉDICA

Acompanha a não efetivação das consultas médicas previamente agendadas para atendimento no AME decorrente da ausência do paciente. Cálculo: diferença percentual entre o total de consultas realizadas e o total de consultas agendadas no AME.

Resultados AME SJC - ISG			
ITEM	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Taxa de Absenteísmo – Consultas Médicas	22%	19%	19%

\*O segundo trimestre formamos apenas 2 meses, pois iniciamos a gestão em maio/2018.

Historicamente a unidade possui um índice médio de absenteísmo em consultas próximo aos 21%. Entre os motivos levantados para justificar a falta do paciente nas consultas e exames estão à distância do município onde o paciente reside e o AME (Jacareí, Taubaté, Caçapava, Jambeiro, Igaratá, Monteiro Lobato, Santa Branca e São José dos Campos), atrelado a falta de transporte oferecido pelo município, tempo de agendamento da consulta, intensidade do problema do paciente e esquecimento do paciente quanto à data e horário da consulta.

Ao avaliarmos algumas pesquisas sobre absenteísmo na rede pública, podemos verificar que o índice gira em torno de 30% para consultas de especialidades e exames.

Avaliando os índices de absenteísmo geral da unidade (consultas e exames), o AME São José dos Campos, juntamente com a SESSP - Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo vem realizando algumas ações para melhorar a taxa de absenteísmo, a saber:

- Ao ser agendado tanto para consulta como para exames o paciente recebe do sistema CROSS (SES) uma mensagem de confirmação via celular (SMS), com a data e o horário da consulta ou do exame.
- O setor de agendamento do AME SJC realiza a confirmação das consultas, exames e procedimentos, dois dias antes da data marcada, especialmente para especialidades e exames com taxa de absenteísmo mais alta, o que é monitorado semanalmente pelo setor.

- Em caso de desistência do paciente, o setor de agendamento do AME SJC faz uma busca nas agendas de retornos, para verificar qual paciente já tem exames prontos e antecipa sua consulta.
- O setor de agendamento mantém comunicação com as centrais reguladoras dos municípios, a fim de informar o absenteísmo nas consultas e exames.
- O setor de comunicação desenvolveu um banner informativo com o intuito de divulgar o absenteísmo mensal, afim de conscientizar os pacientes.

Estas ações em conjunto com o órgão contratante têm o objetivo de envidar esforços no sentido de reduzir o absenteísmo aos exames agendados, e desta forma contribuindo para a integralidade da assistência e propiciando o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades do cliente em saúde.

## 14.5 TAXA DE CANCELAMENTO DE CIRURGIA

Avalia o cancelamento das cirurgias previamente agendadas para realização no AME. Cálculo: relação percentual entre o total de cirurgias canceladas e o total de cirurgias agendadas no AME.

Resultados AME SJC - ISG			
ITEM	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Taxa de Cancelamento de Cirurgia	0,0%	0,0%	1,15%

\*O segundo trimestre formamos apenas 2 mese, pois iniciamos a gestão em maio/2018.

## 14.6 ÍNDICE DE RETORNO – CONSULTAS MÉDICAS

É a relação entre o total de consultas subseqüentes e a somatória do total de primeiras consultas e interconsultas realizadas no AME. Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de gestão - WEB.

Resultados AME SJC - ISG			
ITEM	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Índice de Retorno – Consultas Médicas	16%	51%	103%

\*O segundo trimestre formamos apenas 2 mese, pois iniciamos a gestão em maio/2018.

## 14.7 REGISTRO DE ALTA GLOBAL

Dentro do modelo de funcionamento do AME, a “alta ambulatorial” corresponde ao encaminhamento do paciente em contra-referência ou a outro de serviço de saúde para continuidade da assistência médica em uma determinada especialidade.

O AME deve manter um registro atualizado da alta ambulatorial final, aqui nomeada “Alta Global”, definida como a condição em que o paciente recebeu alta da **especialidade-base para a qual foi encaminhado no AME** e, também, recebeu alta de todas as especialidades médicas e não médicas às quais foi enviado em interconsulta para a mesma condição médica atendida na especialidade-base.

Resultados AME SJC - ISG			
ITEM	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Registro de Alta Global	16%	51%	103%

\*O segundo trimestre formamos apenas 2 mese, pois iniciamos a gestão em maio/2018.

## 14.8 DESEMPENHO ASSISTENCIAL – METAS E INDICADORES

Quadro – Desempenho Assistencial – Indicadores Qualitativos – Metas e Indicadores

\*O segundo trimestre formamos apenas 2 meses, pois iniciamos a gestão em maio/2018.

META	INDICADORES VALORADOS	PARÂMETRO	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
COMISSÃO E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	tem como objetivo acompanhar a qualidade do registro em prontuário da assistência prestada no ambulatório.	Relatório mensal	SIM	SIM	SIM
			REPRESENTAÇÃO DE CORTE		
POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO	Tem como objetivo fortalecer e integrar mecanismos de utilização da voz do usuário como ferramenta de gestão.	Relatório mensal	SIM	SIM	SIM
			REPRESENTAÇÃO DE CORTE		
QUALIDADE DE INFORMAÇÃO	Para uma melhor avaliação do desempenho das unidades, é fundamental que as informações inseridas nos sistemas de acompanhamento (Gestão em Saúde) e agendamento (CROSS) sejam precisas e de qualidade	Relatório mensal	SIM	SIM	SIM
			REPRESENTAÇÃO DE CORTE		
ACOMPANHAMENTO PARA HOSPITAL DIA	Este indicador tem como objetivo finalidade acompanhar os percentuais de infecção e o cumprimento do volume pactuado dos procedimentos cirúrgicos.	Relatório mensal	SIM	SIM	SIM
			REPRESENTAÇÃO DE CORTE		

## 15. GESTÃO FINANCEIRA

Relatório - Demonstrativo do Fluxo de Caixa	
Saldo do Mês Anterior	-
<b>RECEITAS</b>	-
Contrato de Gestão / Convênio	20.958.533,61
Receitas Financeiras	91.180,36
Outras Receitas	17.986,39
<b>Total</b>	<b>21.067.700,36</b>
<b>DESPESAS</b>	-
Pessoal (CLT)	9.571.787,42
Salários	8.180.047,68
13º	604.459,33
Férias	296.113,81
Outros	491.166,60
Terceiros (Serviços/Locação Equipamentos)	7.368.383,12
Materiais	653.506,89
Manutenção Predial	87.264,32
Investimentos	20.802,55
Utilidade Pública (água, energia, telefone, gas)	373.335,92
Financeiras	68.598,71
Outras despesas	211.148,71
<b>Total</b>	<b>18.354.827,64</b>
<b>Saldo do mês (Receitas-despesas)</b>	<b>2.712.872,72</b>
<b>SALDO FINAL (SD Anterior +Receitas - Despesas)</b>	<b>1.506.623,52</b>

Os recursos financeiros que sustentam as atividades do AME SJC são **repassados ao ISG pela SES/SP**, conforme acordado no Contrato de Gestão. No período de maio a dezembro de 2018, para manutenção das atividades, foram necessários R\$ 13.537.442,04

No aspecto Financeiro, **o fluxo do dinheiro no caixa** do Projeto, ou seja, o montante de caixa recebido, **foi compatível com o gasto realizado** durante o período.

Entretanto, **eventos ocorridos após a assinatura do Contrato de Gestão**, refletiram na execução do orçamento do Projeto.

Um dos fatores que impactou na execução do orçamento aos seus valores originais, por não estar previsto no Edital de da Convocação Pública, foi a **necessidade de**

**absorção da mão de obra já existente na unidade, com a manutenção dos valores de salários pagos pela SPDM, bem como o passivo de férias de 13º salário.**

Mesmo com os eventos ocorridos após a assinatura do Contrato de Gestão, o **resultado do Fluxo Operacional do Projeto para o período foi de R\$ 1.506.623,52, que será aplicado nos próximos exercícios.** Um dos principais fatores para este *superávit* foi a gestão do ISG, buscando incansavelmente **fazer mais com menos**, para alcançar, e se possível superar objetivos nos prazos determinados pela SES/SP, sem desvincular-se de sua missão de cuidar e salvar vidas.

## 16. CONCLUSÃO

Este Relatório de Atividades teve por objetivo apresentar os principais desafios de se iniciar uma gestão com a **complexidade de uma transição**. Ela fez com que o ISG empregasse toda a sua expertise em gestão no projeto do AME SJC. Com uma imersão inicial da superintendência, equipe corporativa e local, concentrando esforços para planejar, estruturar e implantar de forma organizada as ações visando um processo de transição e transferência **eficiente e segura**.

Detalhamos o modelo de gestão do ISG, sua transparência e resultados positivos obtidos neste pequeno espaço de tempo, mantendo a gestão financeira alinhada às entregas propostas. Os investimentos em mão de obra qualificada repercutiram diretamente na melhoria da assistência, redução do tempo de internação e, conseqüentemente, na satisfação do usuário.

Reafirmamos nossa crença no Sistema Único da Saúde, nos preceitos filosóficos da universalidade, integralidade, equidade e no papel do Estado em determinar as políticas de saúde e da fiscalização. Reafirmamos nosso compromisso de parceria pró-ativa e produtiva, com a SES-SP, a fim de prestar assistência digna e eficiente à população que tanto precisa e merece.

OSS GESTORA:



[/isgsaude](#)



[www.isgsaude.org](http://www.isgsaude.org)

