

## RELATÓRIO DE ATIVIDADES

# **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – AME SJC**



## 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. MODELO DE GESTÃO ISG.....	10
4. GESTÃO DE PESSOAS .....	10
4.1 CONTRATAÇÃO DE PESSOAS .....	10
4.2 CONTRATAÇÃO DO CORPO CLÍNICO .....	11
5. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR).....	11
6. GESTÃO DA QUALIDADE .....	11
6.1 GESTÃO DE RISCOS .....	12
6.1.1 DIRETRIZES DA GESTÃO DE RISCOS .....	13
6.1.1.1 IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E GERENCIAMENTO DE RISCOS .....	13
6.1.1.2 IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E RISCOS.....	13
6.1.1.3 AVALIAÇÃO DOS RISCOS .....	13
6.1.1.4 TRATAMENTO DOS RISCOS .....	14

6.1.1.5	NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES .....	15
6.1.1.6	CLASSIFICAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES .....	15
6.1.1.7	TRATAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES .....	15
6.1.1.8	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	15
6.1.1.9	GERENCIAMENTO DE RISCOS .....	16
6.1.1.10	CULTURA DA SEGURANÇA .....	17
6.1.1.11	SEGURANÇA NA COMUNICAÇÃO .....	17
6.1.1.12	CONTROLE DE INFECÇÃO .....	17
6.1.1.13	SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS .....	17
6.1.1.14	SEGURANÇA CIRÚRGICA .....	18
6.1.1.15	AVALIAÇÃO DO RISCO.....	18
6.1.1.16	FARMACOVIGILÂNCIA.....	18
6.1.1.17	GERENCIAMENTO DE TECNOLOGIAS.....	18
6.1.1.18	GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE .....	19
6.1.1.19	PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA A SAÚDE (PCIRAS).....	19
6.1.1.20	BIOSSEGURANÇA.....	19
6.1.1.21	EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	20
7.	AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO.....	20
7.1	PRINCIPAIS AÇÕES VOLTADAS À COMUNIDADE .....	21
8.	SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS.....	21
9.	SUPRIMENTOS .....	23
10.	ENGENHARIA .....	25
11.	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC) .....	26
12.	COMUNICAÇÃO.....	27

<b>13. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL.....</b>	<b>27</b>
<b>13.1 DESEMPENHO ASSISTENCIAL – METAS QUANTITATIVAS .....</b>	<b>28</b>
<b>13.2 DESEMPENHO ASSISTENCIAL – METAS QUALITATIVAS.....</b>	<b>28</b>
<b>13.3 PERDA PRIMÁRIA - CONSULTA MÉDICA.....</b>	<b>29</b>
<b>13.4 TAXA DE ABSENTEÍSMO - CONSULTA MÉDICA .....</b>	<b>29</b>
<b>13.5 TAXA DE CANCELAMENTO DE CIRURGIA .....</b>	<b>31</b>
<b>13.6 ÍNDICE DE RETORNO – CONSULTAS MÉDICAS.....</b>	<b>31</b>
<b>13.7 REGISTRO DE ALTA GLOBAL.....</b>	<b>32</b>
<b>13.8 DESEMPENHO ASSISTENCIAL – METAS E INDICADORES.....</b>	<b>32</b>
<b>14. GESTÃO FINANCEIRA.....</b>	<b>34</b>
<b>.....</b>	<b>34</b>
<b>15. CONCLUSÃO .....</b>	<b>35</b>

## 1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL AME SJC

O Ambulatório Médico de Especialidades de São José dos Campos, inaugurado em 17 de Julho de 2009, tem como principais características 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 contrarreferência 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 com 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 de Estado da Saúde 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 eletivos e 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 média 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 procedimento cirúrgico ambulatorial.

### 3. 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 de Estado da 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.

### 4. 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.

#### 4.1 CONTRATAÇÃO DE PESSOAS

Os processos seletivos do ISG são conduzidos por uma equipe própria e 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 (no site e nas Redes Sociais do Instituto).

## 4.2 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.

## 5. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

O NIR é formado por 3 (três) auxiliares administrativos, em regime de horário administrativo de 40 horas semanais, e uma Coordenadora de Enfermagem para melhor qualificação técnica nas respostas das solicitações de vagas e encaminhamentos. O setor tem acesso às vagas do sistema CROSS.

## 6. 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 Especialidades de São José dos Campos, desenvolvendo ações por meio de normativas, protocolos e processos padronizados.

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 na 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.

## 6.1 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 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.

## **6.1.1 DIRETRIZES DA GESTÃO DE RISCOS**

### **6.1.1.1 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.

### **6.1.1.2 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.

### **6.1.1.3 AVALIAÇÃO DOS RISCOS**

A finalidade desta etapa do processo é realizar análise qualitativa e quantitativa do risco, visando auxiliar a 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, 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 análises qualitativa e quantitativa.

## **6.1.1.4 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. Nesta 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.

### **6.1.1.5 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.

### **6.1.1.6 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.

### **6.1.1.7 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: Brainstorming, Diagrama de Ishikawa (causa e efeito) e Plano de Ação.

### **6.1.1.8 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.

### **6.1.1.9 GERENCIAMENTO DE RISCOS**

O processo de gerenciamento de riscos envolve: 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.

### **6.1.1.10 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.

### **6.1.1.11 SEGURANÇA NA COMUNICAÇÃO**

ROPS 4 – Identificação do Paciente

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

### **6.1.1.12 CONTROLE DE INFECÇÃO**

ROPS 6 – Higiene das Mãos

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

### **6.1.1.13 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.

#### **6.1.1.14 SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ROPS 9 – Checklist cirúrgico

Garantir a identificação do paciente, com 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.

#### **6.1.1.15 AVALIAÇÃO DO RISCO**

ROPS 11 – Prevenção de Quedas

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

#### **6.1.1.16 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 - tem a responsabilidade de notificar e investigar qualquer reação adversa de medicamento, bem como desvios de qualidade.

#### **6.1.1.17 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 desses, com foco na segurança do paciente.

### **6.1.1.18 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

O AME 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, transporte e acondicionamento interno até a coleta externa e destinação final.

### **6.1.1.19 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, a participação ativa dos setores assistenciais e gerenciais. É validado pela Comissão (CCIRAS) e Diretorias Médica, Administrativa e de Enfermagem.

### **6.1.1.20 BIOSSEGURANÇA**

Conforme previsto na legislação, o AME 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.

### 6.1.1.21 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.

## 7. 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 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 com indicadores do SAU/Ouvidoria, meta qualitativa e coordenação do CIH, discussões estas realizadas com o apoio da articuladora de Humanização.

Realizando reuniões extraordinárias para confecção e análises dos programas com apoio e aprovação da articuladora de humanização da Secretaria de Estado da Saúde 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;
- Placa de reconhecimento dos hospitais verdes saudáveis – projeto redução do consumo de água.

## 7.1 PRINCIPAIS AÇÕES VOLTADAS À COMUNIDADE

- Bazar beneficente para captação de recursos e doação ao GAIA – Grupo de Apoio ao Indivíduo com Autismo;
- Outubro Rosa – Decoração, conscientização preventiva ao câncer de mama e mutirão de exames de mamografia;
- Novembro Azul – Conscientização e palestra preventiva ao câncer de próstata aberta a comunidade.

## 8. 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 de 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 janeiro a dezembro de 2019, acompanhamos a satisfação dos usuários referente aos serviços prestados na unidade de acordo com as entrevistas registradas no PSAT 2, quando a média do período ficou em 99%.

Neste período, realizamos 429.871 atendimentos referentes a consultas, a exames e aos procedimentos em que foram registradas 268 queixas – isso corresponde a 0,06% do total de atendimentos prestados pela unidade. As queixas foram devidamente investigadas. Naquelas em que foram evidenciados problemas 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 à falta de agenda de consultas médicas e exames. 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 entraria 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 3.339 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 à 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, sendo eles pessoal, via telefone, e-mail e através da pesquisa de satisfação. O S.A.U também possui parceria com a Central 156 de São José dos Campos, por meio da qual a manifestação poderá ser registrada (permite ligação gratuita ou envio de e-mail).

Tais resultados demonstram a atuação do ISG quanto à necessidade da prestação de serviços humanizados e com qualidade, assim como evidência 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 planejamento estratégico e disseminação da importância de cada um no processo assistencial, com responsabilidades interdisciplinares.

## 9. SUPRIMENTOS

Visando promover a segurança e melhoria dos processos gerenciais, assistenciais e a qualidade dos produtos e serviços adquiridos, o ISG define diretrizes 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, 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 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.

## 10. ENGENHARIA

A engenharia clínica atua no planejamento, 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:

- Inspecionar periodicamente as instalações prediais e mobiliárias da instituição, o 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 requisição de materiais;
- Monitorar a limpeza e a conservação de equipamentos e instrumentos de trabalho;
- Zela por dados confidenciais;
- Gerenciar preenchimento de indicadores e custos da unidade.

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

O setor de Tecnologia da Informação tem transformado a forma em que atua no planejamento, organização e supervisão dos processos envolvidos, bem como na manutenção permanente da rede de dados da unidade, em especial na implantação de um novo sistema de gestão hospitalar, garantindo seu funcionamento na administração e na assistência, proporcionando integração entre todos os setores da unidade. O TIC tem contribuído para melhorar a capacidade de diagnóstico, organizar o atendimento, ampliar os serviços de saúde e fortalecer a relação médico-paciente.

## 12. 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.

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.

## 13. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Em 2019, foram cumpridas todas as metas pactuadas para o semestre, conforme demonstrado no *Quadro a seguir*. Pensando no cenário futuro, além de manter o desempenho exitoso, estamos focados na padronização dos processos do ambulatório.

## 13.1 DESEMPENHO ASSISTENCIAL – METAS QUANTITATIVAS

Quadro – Desempenho Assistencial – Indicadores Quantitativos – consultas médicas

1º Semestre 2019 – (janeiro a junho)			
METAS	Contratadas	Realizados	%
Consultas Médicas	45.600	42.684	94
Consultas não Médicas	19.020	20.056	105
Cirurgia Maior	1.280	1.209	94
Cirurgia Menor	820	1.168	142
SADT Externo	16.206	16.436	101

2º Semestre 2019 – (julho a dezembro)			
METAS	Contratadas	Realizados	%
Consultas Médicas	45.600	44.982	99
Consultas não Médicas	19.020	22.146	116
Cirurgia Maior	1.080	1.061	98
Cirurgia Menor	1.020	1.179	115
SADT Externo	16.206	14.999	92

## 13.2 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**
- **Comissão de Revisão de Prontuários**

### 13.3 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	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Perda Primaria	4%	5%	9%	12%

### 13.4 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	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Taxa de Absenteísmo – Consultas Médicas	23%	23%	23%	21%

Em 2019, a unidade possuía um índice médio de absenteísmo em consultas próximo a 23%. 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, Jembeiro, 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 juntamente com a SES-SP vem realizando algumas ações para melhorar a taxa de absenteísmo, a saber:

- Ao ser agendado tanto para consulta ou 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 realiza a confirmação das consultas, exames e procedimentos, dois dias antes da data marcada, via sistema de URA ativa, 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 faz uma busca nas agendas de retornos para verificar qual paciente tem exames prontos e deseja antecipar 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, contribuir para a integralidade da assistência e propiciar o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades do cliente em saúde.

## 13.5 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	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Taxa de Cancelamento de Cirurgia	9%	11%	10%	12%

A unidade identificou por meio de reuniões e controle de indicadores internos que grande parte dos cancelamentos de cirurgias se dão pela ausência do paciente. O setor de agendamento do AME realiza a confirmação das consultas, exames e procedimentos, dois dias antes da data marcada, via sistema de URA ativa, o que é monitorado semanalmente pelo setor. Devido ao serviço de Ura Ativa ter sido iniciado somente em novembro/2019, a unidade não conseguiu mensurar os reflexos da ação ainda em 2019.

## 13.6 ÍNDICE DE RETORNO – CONSULTAS MÉDICAS

É a relação entre o total de consultas subsequentes 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	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Índice de Retorno – Consultas Médicas	65%	85%	95%	99%

## 13.7 REGISTRO DE ALTA GLOBAL

Dentro do modelo de funcionamento do AME, a “alta ambulatorial” corresponde ao encaminhamento do paciente em contrarreferência 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	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Registro de Alta Global	57%	57%	57%	82%

## 13.8 DESEMPENHO ASSISTENCIAL – METAS E INDICADORES

Quadro – Desempenho Assistencial – Indicadores Qualitativos – Metas e Indicadores

META	INDICADORES VALORADOS	PARÂMETRO	1º	2º	3º	4º
			TRIMESTRE	TRIMESTRE	TRIMESTRE	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	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	SIM
			REPRESENTAÇÃO DE CORTE			

<b>QUALIDADE DE INFORMAÇÃO</b>	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	NÃO	SIM	SIM	SIM
REPRESENTAÇÃO DE CORTE			40%			

<b>ACOMPANHAMENTO PARA HOSPITAL DIA</b>	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	SIM
REPRESENTAÇÃO DE CORTE			35%			

Houve desconto financeiro pelo não cumprimento da meta qualitativa; relacionado ao preenchimento equivocado da produção de SADT Externo, informado em outra linha de contratação de serviço.

## 14. GESTÃO FINANCEIRA

Relatório Demonstrativo do Fluxo de Caixa	
Saldo Anterior (2018)	1.506.623,52
<b>RECEITAS</b>	-
Contrato de Gestão / Convênio	19.634.966,18
Receitas Financeiras	67.565,67
Outras Receitas	9.353,15
<b>Total</b>	<b>19.711.885,00</b>
<b>DESPESAS</b>	-
<b>Pessoal (CLT)</b>	<b>9.721.932,93</b>
Salários	8.261.456,62
13 <sup>º</sup>	389.068,00
Férias	173.556,72
Outros	897.851,59
<b>Terceiros (Serviços/Locação Equipamentos)</b>	<b>9.248.987,73</b>
<b>Materiais</b>	<b>936.295,95</b>
<b>Manutenção Predial</b>	<b>148.513,23</b>
<b>Investimentos</b>	<b>0</b>
<b>Utilidade Pública (água, energia, telefone, gás)</b>	<b>209.174,57</b>
<b>Financeiras</b>	<b>13.239,89</b>
<b>Outras despesas</b>	<b>28.736,49</b>
<b>Total</b>	<b>20.306.880,79</b>
<b>Saldo do mês (Receitas - despesas)</b>	<b>-594.995,79</b>
<b>SALDO FINAL (SD Anterior +Receitas - Despesas)</b>	<b>911.627,74</b>

Os recursos financeiros que sustentam as atividades do AME são **repassados ao ISG pela SES-SP**, conforme acordado no Contrato de Gestão. No período de janeiro a dezembro de 2019 para manutenção das atividades foram necessários R\$ 20.306.880,79.

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 e 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\$ 911.627,74, 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.

## 15. CONCLUSÃO

O Relatório Anual do AME se constitui num importante instrumento de planejamento da saúde, proporcionando informações importantes para implementação dos planos para 2020 e programação de saúde. A verificação da gestão da saúde, no exercício de 2019, foi feita a partir de dados de produção tabulados do Sistema CROSS.

A análise das informações contidas nesse relatório expressa os doze meses de muito trabalho e conquistas por todos os colaboradores que fazem parte do AME, consolidando esta instituição como uma referência no atendimento a rede de saúde SUS. Os eventos e números aqui sumarizados refletem que, cada vez mais, os investimentos da gestão em avanços na reestruturação física, remodelamento orçamentário e ampliação de programas, contribuíram para todas as conquistas alcançadas em 2019.

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 proativa e produtiva, com a SES-SP, a fim de prestar assistência digna e eficiente à população que tanto precisa e merece.