

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Ambulatório Médico de Especialidades “Edy
Costa Mendes” – AME São José dos Campos
2022

Contrato de Gestão nº 001.0500.000.001/2018

 www.isgsaude.org

 /isgsaude



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

AME

Ambulatório Médico de Especialidades
do Governo do Estado de São Paulo
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

OSS GESTORA





GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

AME

Ambulatório Médico de Especialidades
do Governo do Estado de São Paulo
São José dos Campos



SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL AME SJC	4
1.1 Missão, visão e valores do AME SJC	4
1.2 Características	4
2. PAPEL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS NA REGIÃO	5
2.1 Abrangência	5
2.2 Rede de saúde de São José dos Campos	5
2.3 Fluxograma de encaminhamento da rede e de altas	5
2.4 Perspectiva de atendimento	5
2.5 Capacidade instalada	6
2.6 Recursos do centro cirúrgico	6
3. MODELO DE GESTÃO ISG	6
4. GESTÃO DE PESSOAS	6
4.1 Contratação de pessoas	6
4.2 Contratação corpo clínico	7
5. NÚCLEO DE REGULAÇÃO INTERNA (NIR)	7
6. GESTÃO DA QUALIDADE	7
6.1 Gestão de risco	7
6.1.1 Diretrizes da gestão de risco	8
6.1.1.1 Identificação de perigos e gerenciamento de riscos	8
6.1.1.2 Identificação de perigos e riscos	8
6.1.1.3 Avaliação dos riscos	8
6.1.1.4 Tratamento dos riscos	9
6.1.1.5 Notificação de incidentes	9
6.1.1.6 Classificação das notificações	9
6.1.1.7 Tratamento das notificações	9
6.1.1.8 Núcleo de segurança do paciente	9
6.1.1.9 Gerenciamento de riscos	10
6.1.1.10 Cultura da segurança	10
6.1.1.11 Segurança na comunicação	10
6.1.1.12 Controle de infecção	10
6.1.1.13 Segurança no uso de medicamentos	10
6.1.1.14 Segurança cirúrgica	10
6.1.1.15 Avaliação do risco	11
6.1.1.16 Farmacovigilância	11
6.1.1.17 Gerenciamento de tecnologias	11
6.1.1.18 Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde	11
6.1.1.19 Prevenção e controle de infecção relacionada à assist. à saúde (SCIRAS)	11
6.1.1.20 Biossegurança	11
6.1.1.21 Educação permanente	12
7. AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO	12
7.1 Principais ações voltadas à comunidade	13
8. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	13
9. SUPRIMENTOS	14
10. ENGENHARIA	14
11. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)	16
12. COMUNICAÇÃO	16
13. CENÁRIO PANDÊMICO COVID-19	16
14. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL	16



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

AME

Ambulatório Médico de Especialidades
do Governo do Estado de São Paulo
São José do Campos



14.1 Desempenho Assistencial – Metas quantitativas	17
14.2 Desempenho Assistencial – Metas qualitativas	19
14.3 Perda Primária – Consulta médica	20
14.4 Taxa de Absenteísmo - Consulta médica	20
14.5 Taxa de Cancelamento de Cirurgia	21
14.6 Índice de Retorno – Consultas médicas	21
14.7 Registro de alta global	21
15. GESTÃO FINANCEIRA	22
16. CONCLUSÃO	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perda Primária	20
Tabela 2 – Taxa de Absenteísmo – Consultas médicas	20
Tabela 3 – Taxa de cancelamento de cirurgia	21
Tabela 4 – Índice de retorno – Consultas médicas	21
Tabela 5 – Registro de alta global	22
Tabela 6 – Relatório Demonstrativo do Fluxo de Caixa	23

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desempenho Assistencial – Metas Quantitativas 1º sem./2022	17
Figura 2 – Desempenho Assistencial – Metas Quantitativas 1º sem./2022	18
Figura 3 – Desempenho Assistencial – Média Custo Unitário 2022	19

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL AME São José dos Campos

O Ambulatório Médico de Especialidades (AME) 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 diagnósticos 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 (Sistema Único de Saúde), de forma customizada para o modelo. Dentro deste contexto, o ISG (Instituto Sócrates Guanaes), com sua *expertise*, em parceria com o Governo do Estado, vem desenvolvendo resultados significativos na gestão do AME São José dos Campos, 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. PAPEL DO AME DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS NA REGIÃO

O AME tem o objetivo de atender a demanda reprimida por especialidades médicas, 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, sendo as atividades contratadas formalizadas por meio do Contrato de Gestão.

2.1 Abrangência

Localizado à Avenida Engenheiro Francisco José Longo, nº 925, Jardim São Dimas – São José dos Campos/São Paulo, o Ambulatório Médico de Especialidades "Edy Costa Mendes" (AME) destaca-se pelo atendimento especializado de média complexidade, referenciando os municípios da região do Vale do Paraíba (Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambuí, 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). Sua localização foi estrategicamente definida em 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 13 hospitais (do município, contratados e conveniados), 8 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 40 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 14 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 José dos Campos são, em sua totalidade, eletivos e agendados por centrais reguladoras municipais, que têm como objetivo encaminhar os pacientes das unidades de atendimento básico para o serviço especializado.

Para realizar exames e consultas no AME é necessário, primeiramente, passar por consulta em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e obter o encaminhamento médico, que só pode ser feito via rede pública. Por meio dessa consulta, o médico pode fornecer um protocolo de encaminhamento, para, então, a própria Unidade de Saúde agendar a data do atendimento no AME, via Sistema CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde).

2.4 Perspectiva de atendimento

O AME tem como perspectiva acolher os pacientes encaminhados pela rede básica para atendimento especializado em linhas de cuidados.

Nos casos clínicos, após diagnóstico e orientação terapêutica, os pacientes retornam para sua unidade de origem da Rede de Atenção Básica (contrarreferência) ou, conforme necessidade, o AME faz a referência do paciente para Ambulatórios de Especialidades (casos crônicos complexos),

hospitais, centros especializados ou para outros equipamentos de Saúde, através das Centrais Reguladoras.

Os casos de pequenos procedimentos cirúrgicos são passíveis de resolução na Unidade. Os casos cirúrgicos de maior porte são contra referenciados 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 DRS XVII, está integrado aos sistemas de regulação de serviços de média complexidade da CROSS, pelo qual os gestores municipais, regionais e estaduais podem agendar e acompanhar, de modo online, a utilização desses serviços.

2.5 Capacidade instalada

- 21 salas de atendimento;
- 18 salas de exames;
- 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 (Instituto Sócrates Guanaes) 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 São Paulo.

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 ISG em outros estados do Brasil.

4. GESTÃO DE GENTE

Os Recursos Humanos (RH) são sabidamente o maior custo de uma Unidade de Saúde, representando 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 Gente 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. O ISG dispõe de equipe local, na Unidade, com essa finalidade, tendo implantado diversos indicadores, normas e políticas, treinamentos ao setor Gestão de Gente.

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 Gente e a Comunicação,



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO



garantindo eficiência e transparência na condução dos resultados e divulgação (no site e nas Redes Sociais do Instituto).

4.2 Contratação corpo clínico

As Pessoas Jurídicas Médicas (PJ's) representam quase que a totalidade da contratação do corpo clínico médico. A contratação segue a Política de Compras e Contratações de Serviços do ISG e passa por uma rigorosa avaliação de documentos comprobatórios, que certificam a capacidade técnica do profissional que irá atender a especialidade contratada.

5. NÚCLEO DE REGULAÇÃO INTERNA (NIR)

O NIR (Núcleo de Regulação Interna) é formado por 03 auxiliares administrativos, em regime de horário administrativo de 40 horas semanais, conta com apoio de uma Assistente Social, uma Supervisora de Atendimento e uma Coordenadora Assistencial, 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

A Gestão da Qualidade é 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 AME, 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 risco

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 é 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 risco

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:

- Diminuir a probabilidade da ocorrência de falhas, atuais ou potenciais, em processos;
- Aumentar a confiabilidade dos processos já em operação por meio da análise das falhas que já ocorreram;
- 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, gerando 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 danos 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 e deve notificar um incidente. A classificação da notificação e o devido encaminhamento são realizados pelo 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.

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, 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.



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

AME

Ambulatório Médico de Especialidades
do Governo do Estado de São Paulo
São José do Campos



Para assegurar o cumprimento dessas metas, 8 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. 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 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, sendo o setor de Higienização e Limpeza 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 à saúde (SCIRAS)

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), Diretoria 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, solidificar a cooperação interdisciplinar e multiprofissional necessárias para a gestão por processos.

7. AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO

O ISG tem como compromisso humanizar o relacionamento com os pacientes, colaboradores e gestores, buscando desenvolver uma assistência digna, humanizada e baseada no respeito às pessoas.

A implementação da Política Estadual de Humanização (PEH) – Humaniza SES/SP 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/SP, mantemos as discussões para a estruturação do “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.

Com realização de reuniões extraordinárias para confecção e análises dos programas, bem como com o apoio e a aprovação da articuladora de Humanização da SES/SP.

As ações acompanhadas pelo PIH consistem em projetos, ações e resultados, sendo atualmente desenvolvidos os seguintes projetos:

- Ambiência para os colaboradores;
- Ambiência para usuários pediátricos;
- Campanha do Silêncio;
- Acolhimento no acesso aos pacientes externos com falha no agendamento;
- Acolhimento na consulta farmacêutica;
- Linha de Cuidado de Prevenção à Cegueira na Infância - Reflexo Vermelho;
- Valorização do trabalho e do trabalhador - AME Ler;
- Valorização do trabalho e do trabalhador – Movimente-se;
- Defesa dos direitos dos usuários - S.A.U. (Serviço de Atendimento ao Usuário);
- Defesa dos direitos dos usuários – Nome Social;
- Acolhimento no acesso dos usuários e acompanhantes;
- Roda de Conversa – Aprendendo com a Humanização.

O CIH trabalha também no desenvolvimento das seguintes ações:

- Cartão do sexo do bebê;
- Roda de conversa com psicólogo;
- Distribuição de preservativo masculino aos usuários;
- Dia de exames para colaboradores;
- Levantamento do perfil do usuário oncológico;
- Levantamento de números telefônicos nos municípios para desburocratizar o transporte sanitário;
- Apresentação e desdobramento in loco da PEH aos setores da unidade.
- Inclusão do CIH nas integrações de novos colaboradores.

7.1 Principais ações voltadas à comunidade

- **Mês da Mulher** – arrecadação de 600 unidades de absorventes íntimos, doados ao Abrigo Institucional Viva Feminino / LGBT.
- **Natal Solidário** - arrecadação de 35kg de macarrão que foram doados ao projeto social “Sopão Amigos da Rua”.

8. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

O Serviço de Atendimento ao Usuário exerce papel fundamental na reorganização dos processos e tem sido um instrumento para acompanhar e mensurar a qualidade dos serviços da Unidade 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 2022, 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 **247.589** atendimentos referentes a consultas, a exames e aos procedimentos, e foram registradas **403 manifestações, 306 solicitações, 97 reclamações, 0 denúncias, que correspondem a 0,16 % do total de atendimentos prestados.**

As queixas foram devidamente investigadas. Naquelas em que foram evidenciados problemas em relação ao atendimento e reincidência, os setores tomaram ações cabíveis e necessárias, sendo o prazo médio de retorno das manifestações de 3 dias. As principais queixas verificadas foram:

- Antecipação de Consultas/exames/procedimentos
- Agendamento de Consultas/exames/procedimentos, de pacientes na fila de espera

Ao todo o S.A.U realizou 3.900 atendimentos entre informações, elogios, sugestões, solicitações, reclamações. Este trabalho permitiu ao gestor detectar possíveis falhas em seus processos, melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários e obter estratégias que venham a beneficiar a Unidade de Saúde. 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, por urnas disponibilizadas na Unidade e através das pesquisas de satisfação.

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 Ouvidor SES. 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, gêneros alimentícios e equipamentos hospitalares. O escopo de atuação da CTQF compreende:

- Estabelecer com o mercado um relacionamento idôneo, sólido, sustentado em princípios éticos e de respeito mútuo, cumprindo compromissos assumidos e exigindo a reciprocidade de seus fornecedores.
- 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 juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Avaliação de fornecedores com base nas cotações e entregas efetuadas.
- Notificação compulsória ao CVS, Centro de Vigilância Sanitária sempre que o produto apresentar um desvio de qualidade, e nos casos de reações adversas.
- Avaliação de fornecedores: realizada a cada recebimento e subsidiada com informações fornecidas pelos usuários dos produtos pelo Almoxarifado.
- Elaboração e atualização do Painel de Ocorrências: informações atualizadas sobre ocorrências internas como desvio de qualidade e desqualificação de fornecedores e fabricantes. Este painel é compartilhado entre compras e almoxarifado, estabelecendo e fortalecendo a interface existente.

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

O setor de Engenharia Clínica é responsável pelo gerenciamento das tecnologias em saúde (EMH - equipamentos médico-hospitalares e de apoio) em todo seu ciclo de vida, desde a fase de aquisição, utilização e obsolescência, seguindo uma das principais resoluções a RDC 509/2021, garantindo qualidade, confiabilidade, eficácia, redução de custos e segurança para a unidade.

As principais atividades são:

- Acompanhamento das CTQF correlacionados aos EMH e equipamentos de apoio;
- Acompanhamento das visitas técnicas para prestações de serviços correlacionados aos EMH e equipamentos de apoio em nossa unidade;
- Acompanhamento dos registros de não conformidades e eventos adversos correlacionados aos EMH e equipamentos de apoio em nossa unidade;
- Acompanhamento e atualização do manual do setor de engenharia clínica;
- Análise de utilização (monitoramento da limpeza e de conservação dos equipamentos e acessórios pertinentes a E.C.);
- Análise e implantação e gestão de sistemas e softwares correlacionados aos EMH e de apoio;

- Atendimento das ordens de serviços, quando possível realização da manutenção corretiva e reparos in loco dos EMH e de apoio;
- Garantia de conformidade das normas e regulamentos vigentes, padrões de qualidade, rastreabilidade, entre outros correlacionados aos EMH e de apoio;
- Gerenciamento da qualidade dos serviços efetuados pelo técnico em eletrônica e por empresas terceiras;
- Gerenciamento da saída e retorno dos EMH e de apoio, acessórios, peças, entre outros da unidade.
- Gerenciamento das instalações dos EMH de apoio, com o devido acompanhamento;
- Gerenciamento das notas fiscais de serviços e contratos correlacionados aos EMH e de apoio;
- Gerenciamento das ordens de serviços, classificando as prioridades a serem executadas;
- Gerenciamento do estoque de peças, acessórios, componentes, entre outros, correlacionados aos EMH e de apoio garantindo a disponibilidade quando necessário;
- Gerenciamento do parque tecnológico dos EMH e de apoio (verificação semestral do patrimônio);
- Apoio ao gerenciamento do sistema de arquivamento de imagens (PACS);
- Gerenciamento do sistema Effort (inclusão de dados, planejamentos de manutenções, entre outros) correlacionados aos EMH e de apoio;
- Gerenciamento dos contratos de serviços e manutenções pertinentes aos EMH e de apoio;
- Gerenciamento dos contratos internos (prestação de serviços da E.C. para os setores da unidade).
- Gerenciamento e elaboração dos processos de manutenções corretivas externas, com agilidade para reestabelecer o equipamento com segurança para uso.
- Gerenciamento e elaboração dos programas de inspeção preventiva, manutenção preventiva, calibração, validações diferenciadas e testes de segurança elétrica correlacionados aos EMH e de apoio;
- Gerenciamentos dos planos de contingencia dos EMH e de apoio;
- Gestão visando a melhoria contínua do parque tecnológico.
- Participação ativa das reuniões mensais da unidade (núcleo de segurança do paciente, SCIRAS, entre outras);
- Participação ativa na elaboração das rotinas correlacionadas ao EMH e de apoio (auxiliando o SCIRAS e enfermagem nas informações necessárias e manuais dos equipamentos);
- Planejamento e aplicação de treinamentos para a educação continuada relacionados às boas práticas no uso de EMH;
- Planejamento e avaliação do parque tecnológico anual das tecnologias em saúde para substituição (análise do custo do ciclo de vida, planejamento de substituição)
- Realizar inspeção preventiva nos equipamentos médico-hospitalares conforme cronograma pré-definido;
- Ronda mensal nos setores, visando a proximidade da engenharia clínica com os clientes internos, verificando suas necessidades.

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, 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 Comunicação e marketing/endomarketing junto aos públicos internos e externos, dentre elas a ampla divulgação dos processos seletivos (convocação e resultados), dando total transparência às contratações realizadas pelo Instituto.

13. CENÁRIO PANDÊMICO COVID-19

Diante do cenário vivenciado desde o ano de 2020, ações e adequações foram sendo implementadas no AME SJC ao longo do tempo, pois, este período se desenhou de forma atípica e adversa sob os diferentes aspectos, financeiro, logístico, administrativo e assistencial, devido pandemia de Covid-19, decretada pela OMS em 11 de março de 2020.

Para continuidade do monitoramento às especificidades da Covid-19, e diante da retomada dos atendimentos que partir da determinação do Governo do Estado de São Paulo haviam sido suspensos, foram mantidos os novos fluxos de atendimento, adaptação de estruturas físicas para acomodar de forma segura os pacientes e colaboradores, visando distanciamento social, cuidado redobrado com a limpeza e higiene, uso obrigatório de máscaras em todas as dependências da unidade e especificamente aos colaboradores, um modelo de acolhimento específico aos que apresentassem sintomas compatíveis com o vírus Covid-19 para direcionamento de assistência, o que resultou significativamente de forma positiva no quadro de pessoal da unidade.

É válido destacar que mesmo diante de todos os desafios ocasionados por tal cenário, a unidade conseguiu cumprir o papel de finalidade diagnóstica atendendo todas as metas propostas em contrato de gestão.

14. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Em 2022, todas as metas pactuadas para o ano foram cumpridas, conforme demonstrado no quadro a seguir.

Pensando ainda no cenário futuro, além de manter o desempenho exitoso, estamos focados na padronização dos processos do Ambulatório.

14.1 Desempenho Assistencial – Metas quantitativas

Acompanhamento Contrato de Gestão - 2022 Metas x Realizado

II.1 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL (Especialidades médicas)

CONSULTA MÉDICA - Meta x Realiz.	TOTAL 1º SEMESTRE			
	Meta	Realiz.	Δ nº	Δ %
Primeira Consulta	12.000	9.660	-2.340	-19,50%
Interconsulta	1.800	2.311	511	28,39%
Consulta subsequente	12.000	12.619	619	5,16%
TOTAL	25.800	24.590	-1.210	-4,69%

II.2 - ATENDIMENTO NÃO MÉDICO

CONSULTA NÃO MÉDICA	TOTAL 1º SEMESTRE			
	Meta	Realiz.	Δ nº	Δ %
Primeira Consulta	11.520	10.836	-684	-5,94%
Terapias (sessões) *	420	491	71	16,90%
TOTAL	11.940	11.327	-613	-5,13%

II.3 - CIRURGIAS AMBULATORIAIS MAIORES

CIRURGIA AMBULATORIAL	TOTAL 1º SEMESTRE			
	Meta	Realiz.	Δ nº	Δ %
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	1.260	1.301	41	3,25%

II.4 - CIRURGIAS AMBULATORIAIS MENORES

CIRURGIA AMBULATORIAL	TOTAL 1º SEMESTRE			
	Meta	Realiz.	Δ nº	Δ %
Cirurgia Menor Ambulatorial (cma)	1.080	1.065	-15	-1,39%

EXTERNO (ÂMBITO HOSPITALAR OU EXCLUSIVAMENTE AMBULATORIAL)

SADT Externo (total)	TOTAL 1º SEMESTRE			
	Meta	Realiz.	Δ nº	Δ %
Radiologia	5.520	4.959	-561	-10,16%
Ultra-sonografia	4.260	4.293	33	0,77%
Endoscopia	2.520	2.180	-340	-13,49%
Mét. Diag. Especialidades **	4.260	3.862	-398	-9,34%
TOTAL	16.560	15.294	-1.266	-7,64%

Figura 1 – Desempenho Assistencial – Indicadores Quantitativos – 1º Semestre de 2022

A unidade encerrou o 1º semestre de 2022 com todas as linhas de contratação atendidas em 90% do volume pactuado, o que atende o mínimo proposto em contrato de gestão, sendo assim todas as metas assistenciais foram atingidas no período.

Acompanhamento Contrato de Gestão - 2022

Metas x Realizado

II.1 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL (Especialidades médicas)

CONSULTA MÉDICA - Meta x Realiz.	TOTAL 2º SEMESTRE			
	Meta	Realiz.	Δ nº	Δ %
Primeira Consulta	12.000	9.577	-2.423	-20,19%
Interconsulta	1.800	2.018	218	12,11%
Consulta subsequente	12.000	12.848	848	7,07%
TOTAL	25.800	24.443	-1.357	-5,26%

II.2 - ATENDIMENTO NÃO MÉDICO

CONSULTA NÃO MÉDICA	TOTAL 2º TRIMESTRE			
	Meta	Realiz.	Δ nº	Δ %
Primeira Consulta	11.520	10.912	-608	-5,28%
Terapias (sessões) *	420	648	228	54,29%
TOTAL	11.940	11.560	-380	-3,18%

II.3 - CIRURGIAS AMBULATORIAIS MAIORES

CIRURGIA AMBULATORIAL	TOTAL 2º TRIMESTRE			
	Meta	Realiz.	Δ nº	Δ %
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	1.260	1.354	94	7,46%

II.4 - CIRURGIAS AMBULATORIAIS MENORES

CIRURGIA AMBULATORIAL	TOTAL 2º TRIMESTRE			
	Meta	Realiz.	Δ nº	Δ %
Cirurgia Menor Ambulatorial (cma)	1.080	1.616	536	49,63%

EXTERNO (ÂMBITO HOSPITALAR OU EXCLUSIVAMENTE AMBULATORIAL)

SADT Externo (total)	TOTAL 2º TRIMESTRE			
	Meta	Realiz.	Δ nº	Δ %
Radiologia	5.520	6.116	596	10,80%
Ultra-sonografia	4.260	3.688	-572	-13,43%
Endoscopia	2.880	2.305	-575	-19,97%
Mét. Diag. Especialidades **	4.260	4.835	575	13,50%
TOTAL	16.920	16.944	24	0,14%

Figura 2 – Desempenho Assistencial – Indicadores Quantitativos – 2º Semestre de 2022

O mesmo cenário foi executado no 2º semestre de 2022, onde novamente todas as linhas de contratação foram atendidas em 90% do volume contratado, o que como anteriormente citado, atende o mínimo proposto em contrato de gestão, sendo assim todas as metas assistenciais foram atingidas no período.

Importante ainda expor a média anual dos custos unitários, diante da realização das metas dos serviços contratos acima demonstrados, conforme segue:

Acompanhamento Contrato de Gestão 2022

Custos Unitários por Serviço Contratado

Consultas Médicas	Meta Anual Contratada	Volume Anual Realizado	Custo Unit. s/ Exame - R\$	Custo Unit. c/ Exame - R\$
Média	51.600	49.033	153,86	293,52

Consultas Não Médicas	Meta Anual Contratada	Volume Anual Realizado	Custo Unit. s/ Exame - R\$	Custo Unit. c/ Exame - R\$
Média	23.880	22.887	91,40	91,40

Cirurgia Ambulatorial (CMA + cma)	Meta Anual Contratada	Volume Anual Realizado	Custo Unit. s/ Exame - R\$	c/ Mat-Med c/ Exame - R\$
Por Hora - R\$	4.680	5.336	1.352,36	2.086,07
Por Qtde. - R\$	4.680	5.336	455,34	1.497,39

SADT Externo	Meta Anual	Volume Anual	Custo Unitário
Média	33.480	32.288	158,62

14.2 Desempenho Assistencial – Metas qualitativas

Como premissa, o AME São José dos Campos 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;
- Matriciamento;
- Núcleo de Segurança do Paciente.

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.

Tabela 1 – Perda Primária

Resultados AME SJC - ISG				
ITEM	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Perda Primaria	13%	7%	3%	4%

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.

Tabela 2 – Taxa de Absenteísmo – Consultas médicas

Resultados AME SJC - ISG				
ITEM	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Taxa de Absenteísmo – Consultas Médicas	18%	17%	18%	20%

O índice de absenteísmo em consultas médicas se manteve na média até o 3º trimestre de 2022, apresentando variação um pouco maior no 4º trimestre/2022, onde foi possível identificar o impacto ocasionado pelas festividades de fim de ano e especificamente no ano de 2022, pelos jogos da Copa do Mundo.

As ações desenvolvidas pelo AME SJC seguem em execução, com objetivo de reduzir o absenteísmo dos serviços agendados e, desta forma, contribuir para a integralidade da assistência e propiciar o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades do cliente em saúde.

- Ao ser agendado tanto para consulta, exames ou procedimentos, o paciente recebe do sistema CROSS (SES/SP) 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, 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.

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.

Tabela 3 - Taxa de cancelamento de cirurgia

Resultados AME SJC - ISG				
ITEM	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Taxa de Cancelamento de Cirurgia	12%	12%	10%	13%

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 mesmo o setor de Agendamento do AME realizando confirmações de agenda com antecedência.

14.6 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.

Tabela 4 - Índice de retorno – Consultas médicas

Resultados AME SJC - ISG				
ITEM	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Índice de Retorno – Consultas Médicas	110%	101%	116%	105%

14.7 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.

Tabela 5 - Registro de alta global

ITEM	Resultados AME SJC - ISG			
	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Registro de Alta Global	69%	80%	87%	90%

15. GESTÃO FINANCEIRA

Os recursos financeiros que sustentam as atividades do AME São José dos Campos são **repassados ao ISG pela SES/SP**, conforme acordado no Contrato de Gestão. No período de janeiro a dezembro de 2022, para manutenção das atividades foram necessários R\$ 17.994.410,00. No aspecto financeiro, pode ser observado que **o fluxo do dinheiro no caixa** do projeto, ou seja, o montante de caixa recebido **foi inferior ao total de despesas realizadas**, sendo que essa diferença negativa, mantida como déficit de caixa.

A unidade atuou de forma conjunta ao longo de todo o exercício de 2022, trabalhando numa soma de forças afim de obter equilíbrio orçamentário, tendo também como um dos principais fatores favoráveis para tal resultado além do empenho dos envolvidos, a melhora do cenário geral de forma gradual se comparado ao ano anterior, onde todas as tratativas ainda refletiam certo impacto ocasionado pela pandemia de COVID-19.

Diante dos eventos ocorridos, o **resultado do Fluxo Operacional do Projeto para o período mencionado, foi de um déficit de R\$ 189.525,07 que somado ao saldo anterior resulta em um montante final de R\$ 444.238,93, saldo positivo que será aplicado nos próximos exercícios;** 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.

**Tabela 6** - Relatório Demonstrativo do Fluxo de Caixa

Demonstrativo - Fluxo de Caixa 2022	Valor Total
Saldo Anterior (2021)	633.764,00
RECEITAS	-
Repasse Contrato de Gestão/Convênio/ SUS	17.994.410,00
Receitas Financeiras	57.678,18
Receitas Acessórias	-
Doações - Recursos Financeiros	-
Demais Receitas	4.204,79
Total de Receitas	18.056.292,97
DESPESAS	-
Pessoal (CLT)	8.634.203,14
Ordenados	4.210.741,54
Benefícios	868.590,73
Horas Extras	-
Encargos Sociais	2.123.359,47
Rescisões com Encargos	520.673,47
13º	377.289,02
Férias	523.413,35
Outras Despesas com Pessoal	10.135,56
Serviços Terceirizados	7.515.011,57
Assistenciais	6.061.563,08
Pessoa Jurídica	6.054.215,26
Pessoa Física	7.347,82
Administrativos	1.453.448,49
Materiais	785.346,60
Materiais e Medicamentos	596.457,66
Órteses, Próteses e Materiais Especiais	-
Materiais de Consumo	188.888,94
Ações Judiciais	32.960,40
Trabalhistas	32.960,40
Cíveis	-
Outras Ações Judiciais	-
Utilidade Pública	191.768,52
Tributárias	4.949,00
Financeiras	11.244,70
Manutenção Predial	94.056,21
Investimentos	586.757,08
Ressarcimento por Rateio	309.739,47
Outras Despesas	79.781,35
Total de Despesas	18.245.818,04
Saldo do mês (Receitas - Despesas)	- 189.525,07
SALDO FINAL (Saldo Anterior + Receitas -	444.238,93

16. CONCLUSÃO

O Relatório Anual de Atividades do AME de São José dos Campos se constitui num importante instrumento de planejamento da saúde, proporcionando informações importantes para revisão de dados e implementação dos planos e estratégias para o ano seguinte.

A verificação da Gestão da Saúde, no exercício de 2022, foi feita a partir de dados de produção tabulados e estratificados via Sistema CROSS.

A análise das informações descritas nesse relatório demonstra o resultado de esforços contínuos e mútuos, esforços de uma equipe que atua para que a unidade seja 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 e realizações alcançadas em 2022.

Reafirmamos nosso respeito e nossa crença no Sistema Único da Saúde - SUS, 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.



ISG

Instituto
Sócrates
Guanaes



isgsaude.org



[/isgsaude](https://www.facebook.com/isgsaude)



[/company
/institutosocratesguanaes](https://www.linkedin.com/company/institutosocratesguanaes)



[@isgsaude](https://www.instagram.com/isgsaude)