

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Ambulatório Médico de Especialidades “Edy Costa
Mendes” – AME SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

2025



 www.isgsaude.org

 /isgsaude

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	6
2.5 Capacidade instalada	6
2.6 Recursos do centro cirúrgico	6
3. MODELO DE GESTÃO ISG	6
4. GESTÃO DE PESSOAS	7
4.1 Contratação de pessoas	7
4.2 Contratação corpo clínico	7
5. NÚCLEO DE REGULAÇÃO INTERNA (NIR)	7
6. GESTÃO DA QUALIDADE	7
6.1 Gestão de risco	8
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	9
6.1.1.3 Avaliação dos riscos	9
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	10
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	11
6.1.1.13 Segurança no uso de medicamentos	11
6.1.1.14 Segurança cirúrgica	11
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)	12
6.1.1.20 Biossegurança	12
6.1.1.21 Educação permanente	12
7. AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO	12



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

AME

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



7.1 Principais ações voltadas à comunidade	13
8. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	14
9. SUPRIMENTOS	15
10. ENGENHARIA	15
11. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)	17
12. COMUNICAÇÃO	17
13. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL	18
13.1 Desempenho Assistencial – Metas quantitativas	18
13.2 Desempenho Assistencial – Metas qualitativas	19
13.3 Perda Primária – Consulta médica	20
13.4 Taxa de Absenteísmo - Consulta médica	20
13.5 Taxa de Cancelamento de Cirurgia	21
13.6 Índice de Retorno – Consultas médicas	21
13.7 Registro de alta global	21
14. GESTÃO FINANCEIRA	22
14.1 Rateio Corporativo	22
14.2 Fluxo de Caixa	23
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	21

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desempenho Assistencial – Metas Quantitativas jan. a dez./2025	18
Figura 2 – Desempenho Assistencial – Média Custo Unitário jan. a dez./2025	19
Figura 3 – Critério de Rateio – Primeiro Momento	22
Figura 4 – Critério de Rateio – Segundo Momento	22
Figura 5 – Relatório Demonstrativo do Fluxo de Caixa	23

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 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

Cuidar e salvar vidas.

VISÃO

Ser reconhecido até 2028 como um ambulatório médico de excelência no atendimento de diagnóstico especializado aos pacientes. Ofertando um serviço humanizado, com acesso a recursos como tomografia e hospital dia, reafirmando o compromisso com um SUS eficiente e transformador.

VALORES

Saúde é prioridade, gestão eficiente é responsabilidade social, educação é fundamental, capital humano é o maior patrimônio, humanização é nossa essência, transparência e gestão com recursos captados, desenvolvimento sustentável, parceria para somar “*expertise*”, meritocracia e ética como diretriz.

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, 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). 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 SIRESP (Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo).

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

O Capital Humano é 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, desta forma, dispõe de equipe na Unidade, tendo implantado diversos indicadores, normas, políticas, treinamentos e todos os processos de gerenciamento que envolvem os colaboradores.

4.1 Contratação de pessoas

Os processos seletivos do ISG são conduzidos por equipe própria, composta por profissionais das unidades administradas pelo Instituto, com a participação dos setores de Gestão de Gente e Comunicação, assegurando eficiência, transparência e ampla divulgação dos resultados, por meio do site oficial e das 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 Núcleo de Regulação Interna (NIR) é composto por dois auxiliares administrativos e um assistente administrativo, que atuam em regime de 40 horas semanais, em horário administrativo. O setor conta ainda com o suporte de uma Supervisora de Atendimento, com o objetivo de qualificar as respostas às solicitações de vagas e os encaminhamentos. Possui acesso ao Sistema SIRESP para gerenciamento das vagas, inserção de dados e realização dos agendamentos dos pacientes, garantindo maior controle e organização dos fluxos regulatórios.

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 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;
- 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.

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:

- Acolhimento no acesso aos pacientes externos com falha no agendamento;
- Acolhimento na consulta farmacêutica e busca ativa de usuários com preparos inadequados de colonoscopia;
- Linha de Cuidado de Prevenção à Cegueira na Infância - Reflexo Vermelho;

- Indicadores das queixas recorrentes – impacto no usuário e na unidade;
- Nome Social;
- Roda de Conversa – Aprendendo com a Humanização.
- Levantamento do perfil do usuário oncológico;

O CIH também trabalha no desenvolvimento das seguintes ações:

- Distribuição de preservativo masculino e feminino aos usuários;
- Dia de exames para colaboradores;
- Levantamento de números telefônicos nos municípios para desburocratizar o transporte sanitário;
- Inclusão do CIH nas integrações de novos colaboradores;
- Campanha do Silêncio;
- Valorização do trabalho e do trabalhador - AME Ler;
- Valorização do trabalho e do trabalhador – Movimente-se (fisioterapia para os colaboradores);
- Ambiência para o paciente pediátrico com espaço com brinquedos e ampliação do AME LER;
- Inclusão de prioridade (idoso +80, acamado, PCD, etc..) no sistema MV para melhor visualização do médico;
- Treinamentos sobre nome social para a equipe de atendimento (administrativos e assistenciais);
- Treinamentos para ampliação do conhecimento e direito do paciente sobre termo de consentimento e o direito à autodeterminação;
- Treinamentos para ampliação do conhecimento e direito do paciente sobre a Lei que garante acompanhantes para as mulheres em todos os atendimentos;
- Criação de sala de espera para melhor acolhimento aos bebês que realizarão o exame de bera sem sedação;
- oferta de consulta com a psicóloga para os usuários que fecharam diagnósticos de neoplasia.

7.1 Principais ações voltadas à comunidade

- **Campanha Lenço Solidário**

Data: outubro/2025

Total itens arrecadados: 24 lenços arrecadados

Instituição atendida: Pacientes Oncológicas do HRLN

- **Ações alusivas ao outubro Rosa**

Data: outubro/2025

Distribuição de material informativo e brindes destinados às pacientes mulheres da unidade.

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 pesquisas de satisfação.

Ao analisarmos os resultados em termos de aceitabilidade dos serviços ambulatoriais, verificamos que o Ambulatório 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 2025, acompanhamos a satisfação dos usuários referente aos serviços prestados na Unidade de acordo com as entrevistas registradas via Google Forms, quando a média do período ficou em 76%.

Neste período, realizamos 257.092 atendimentos referentes a consultas, exames e aos procedimentos, e foram registradas 389 manifestações, 270 solicitações, 119 reclamações, e nenhuma denúncia, que correspondem a 0,15 % 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 4 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 2.823 atendimentos entre informações, elogios, sugestões, solicitações e 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 (EC) é responsável pelo gerenciamento das Tecnologias em Saúde, abrangendo os Equipamentos Médico-Hospitalares (EMH) e os Equipamentos de Apoio (EA), ao longo de todo o seu ciclo de vida, sejam estes equipamentos próprios ou de terceiros. O gerenciamento das Tecnologias em Saúde é realizado em conformidade com a RDC nº 509/2021 da ANVISA, assegurando rastreabilidade, conformidade regulatória, qualidade, segurança, eficácia, efetividade clínica e desempenho operacional dos equipamentos, desde o seu recebimento no estabelecimento assistencial até a sua destinação final.

A atuação da Engenharia Clínica é orientada à gestão de riscos e à segurança assistencial, visando a segurança dos pacientes, colaboradores e do patrimônio institucional, promovendo a otimização dos recursos tecnológicos por meio de práticas baseadas em indicadores de desempenho, confiabilidade, disponibilidade e eficiência operacional.

As principais atividades desenvolvidas pela Engenharia clínica do AME SJC são:

- **Gestão do Sistema Informatizado (EFFORT):** Cadastro, classificação e atualização do inventário de equipamentos; parametrização de planos de manutenção; abertura, priorização e encerramento de ordens de serviço; controle de SLA; registro histórico de intervenções técnicas; rastreabilidade documental; e extração/análise de indicadores de desempenho (disponibilidade, taxa de falhas, custo de manutenção por equipamento, entre outros).
- **Gerenciamento do Parque Tecnológico (EMH e EA):** Controle patrimonial e técnico de todos os equipamentos médico-hospitalares e de apoio, independentemente de sua natureza jurídica (próprios, locados, comodato, cedidos ou doados); realização de inventário físico anual com reconciliação sistêmica; classificação por criticidade e risco assistencial; e atualização tecnológica contínua.
- **Planejamento de Substituição e Avaliação Tecnológica:** Elaboração de plano anual de renovação tecnológica com base em análise de custo do ciclo de vida, obsolescência, criticidade clínica, histórico de falhas, indisponibilidade, custo de manutenção versus valor de reposição e análise de risco operacional.
- **Gestão dos Programas de Manutenção:** Planejamento, implementação e monitoramento dos programas de inspeção técnica, manutenção preventiva, calibrações metrológicas rastreáveis, testes de segurança elétrica conforme normas técnicas vigentes, validações e qualificações, entre outros.
- **Fiscalização de Serviços Terceirizados:** Acompanhamento técnico das atividades executadas por empresas contratadas; verificação de conformidade contratual e técnica; validação de relatórios técnicos; avaliação de desempenho de fornecedores; e aplicação de penalidades contratuais quando necessário.
- **Execução de Manutenção Corretiva:** Diagnóstico técnico, análise de causa raiz, testes funcionais e liberação técnica de equipamentos após reparo, garantindo segurança e rastreabilidade; envio do equipamento para assistência técnica autorizada.
- **Gestão de Riscos e Planos de Contingência:** Elaboração e atualização de planos de contingência para equipamentos críticos; definição de estratégias de redundância, backup tecnológico e priorização de atendimento em situações emergenciais.
- **Gestão de Contratos de Serviços de Engenharia Clínica:** Elaboração de termos de referência; definição de indicadores contratuais; acompanhamento físico-financeiro; avaliação de desempenho técnico; e renovação ou rescisão contratual conforme análise de performance.
- **Gestão de Não Conformidades e Tecnovigilância:** Investigação de falhas técnicas e eventos adversos relacionados a equipamentos; análise de causa raiz; implementação de ações corretivas e preventivas; notificações aos órgãos competentes quando aplicável; e monitoramento de alertas sanitários.
- **Apoio Técnico Multidisciplinar:** Suporte a assistência técnica na elaboração de rotinas, protocolos e manuais relacionados a operação, higienização, armazenamento e transporte dos EMH ou EA.
- **Rondas Técnicas e Interface com Usuários:** Realização de rondas técnicas mensais nos setores assistenciais para identificação proativa de não conformidades, levantamento de

necessidades, análise de criticidade e fortalecimento do relacionamento com clientes internos.

- **Gestão de Desativação e Descarte Técnico:** Avaliação técnica para desativação, descaracterização, baixa patrimonial e descarte ambientalmente adequado conforme legislação vigente.
- **Conformidade Regulatória e Normativa:** Garantia de atendimento às legislações vigentes (RDC 509/2021, RDC 611/2022 – entre outras), normas técnicas aplicáveis (ABNT, IEC, ISO), requisitos de acreditação (ONA) e diretrizes institucionais; manutenção da rastreabilidade documental.
- **Gestão Documental do Setor:** Elaboração, revisão e atualização de manuais, procedimentos operacionais padrão (POPs), instruções de trabalho e fluxos internos da Engenharia Clínica.

11. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)

O Setor de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) tem transformado a forma em que atua no planejamento, organização e supervisão dos processos sob sua responsabilidade, bem como na manutenção permanente da rede de dados da Unidade. Garantindo seu funcionamento tanto na administração quanto na assistência, a TI proporciona a integração entre todos os setores, assegurando a confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações.

Tem ainda contribuído para melhoria da capacidade de diagnóstico, organização dos atendimentos, ampliação dos serviços de saúde e fortalecimento da relação médico-paciente, apoiando-se em sistemas informatizados que otimizam o fluxo de trabalho e a tomada de decisão ambulatorial.

12. COMUNICAÇÃO

A Comunicação do AME São José dos Campos, em conformidade com a Política de Comunicação do Instituto Sócrates Guanaes (ISG) e, em alinhamento ao Contrato de Gestão e às diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), atua como instrumento estratégico de governança, transparência e apoio à gestão. Suas ações são integradas à Comunicação Corporativa do ISG, assegurando padronização institucional, conformidade com a legislação vigente — incluindo a Lei de Acesso à Informação e a LGPD, e alinhamento às políticas públicas de saúde.

No âmbito interno, promove a disseminação de informações estratégicas, fortalecimento da cultura organizacional e engajamento das equipes. No âmbito externo, garante transparência ativa por meio da divulgação de processos seletivos, documentos obrigatórios e ações institucionais, além de conduzir o relacionamento com a imprensa em estrita observância às diretrizes da SES/SP. Dessa forma, a Comunicação contribui para a credibilidade institucional, a qualificação da informação em saúde e o fortalecimento da parceria entre o AME SJC e o Poder Público.

13. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Em relação a análise do desempenho assistencial no período de janeiro a dezembro de 2025, é possível observar que todas as metas pactuadas para o período foram cumpridas, conforme acordado em contrato de gestão. Destaca-se o volume realizado nas linhas pertinentes aos serviços cirurgicos e consultas médicas, pois este superou o volume pactuado, reduzindo assim o tempo de espera para atendimento e otimizando significativa a conclusão diagnostica.

Em relação às OCIs, tendo em vista a revogação das OCIs 0901010022 e 0901010030, conforme PORTARIA SAES/MS Nº 2.331, DE 10/12/2024, cujas linhas compunham o montante contratado através do TA 01/2025, foram apresentados o volume total contratado do TA e volume total da produção do "Site Gestão", tendo sido acordado a redistribuição da diferença contratada entre as demais linhas de OCI, priorizando ademanda regional.

13.1

Desempenho Assistencial – Metas quantitativas

271 - Consultas Médicas	Total		
	Cont.	Real.	%
Primeiras Consultas Rede	16.488	15.852	-3,86
Interconsultas	1.200	7.091	490,92
Consultas Subseqüentes	23.688	27.298	15,24
Total	41.376	50.241	21,43

272 - Consultas Não Médicas/Procedimentos Terapêuticos Não	Total		
	Cont.	Real.	%
Consultas Não Médicas	23.040	21.079	-8,51
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	840	1.337	59,17
Total	23.880	22.416	-6,13

571 - Cirurgia Ambulatorial Maior (CMA)	Total		
	Cont.	Real.	%
Cirurgias ambulatoriais CMA	2.616	2.663	1,8
Total	2.616	2.663	1,8

572 - Cirurgia Ambulatorial Menor (cma)	Total		
	Cont.	Real.	%
Cirurgias ambulatoriais cma	2.280	2.603	14,17
Total	2.280	2.603	14,17

680 - SADT Externo	Total		
	Cont.	Real.	%
Radiologia	12.120	10.708	-11,65
Ultra-Sonografia	7.488	7.715	3,03
Endoscopia	4.560	4.569	0,2
Métodos Diagnósticos em Especialidades	8.808	7.645	-13,2
Total	32.976	30.637	-7,09

767 - OCI - Oferta de Cuidados Integrados	Total		
	Cont.	Real.	%
Sub Total - OCI Oncologia	1.248	812	-34,94
Sub Total - OCI Cardiologia	336	208	-38,1
Sub Total - OCI Ortopedia	2.064	1.537	-25,53
Sub Total - OCI Otorrinolaringologia	1.260	1.184	-6,03
Total	4.908	3.741	-23,78

Figura 1 – Desempenho Assistencial – Indicadores Quantitativos – janeiro a dezembro de 2025
Fonte: Site Gestão

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

ACOMPANHAMENTO - CONTRATO DE GESTÃO AME SJC
Janeiro a Dezembro de 2025
Custos Unitário por Serviço Contratado

Consultas Médicas	Meta Contratada	Volume Realizado	Custo Unit. s/ Exame - R\$	Custo Unit. c/ Exame - R\$
Média	41.376	50.241	R\$ 127,99	R\$ 307,83

Consultas Não Médicas	Meta Contratada	Volume Realizado	Custo Unit. s/ Exame - R\$	Custo Unit. c/ Exame - R\$
Média	23.880	22.416	R\$ 87,55	R\$ 87,55

Cirurgia Ambulatoria (CMA + cma)	Meta Contratada	Volume Realizado	Custo Unit. s/ Exame - R\$	Custo Unit. c/ Exame - R\$
Por hora - R\$	4.896	5.266	R\$ 4.871,14	R\$ 5.544,28
Por Quantidade - R\$	4.896	5.266	R\$ 1.352,97	R\$ 1.536,52

SADT Externo	Meta Contratada	Volume Realizado	Custo Unitário
Média	32.976	30.637	R\$ 290,06

OCI	Meta Contratada	Volume Realizado	Custo Unit. s/ Exame - R\$	Custo Unit. c/ Exame - R\$
Média	4.908	3.741	R\$ 127,99	R\$ 307,83

Figura 2 – Desempenho Assistencial – Média Custo Unitário janeiro a dezembro de 2025
Fonte: Site Gestão

13.2 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.

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.

Tabela 1 – Perda Primária

Resultados AME SJC - ISG				
ITEM	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Perda Primaria	3%	1,54%	2,25%	3,62%

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.

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	12%	13%	12,80%	15%

É possível observar que o índice de absenteísmo do período se manteve equilibrado, mostrando o reflexo das ações desenvolvidas pelo AME SJC, 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 SIRESP (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.

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.

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	7,33%	7,18%	7,40%	9,64%

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.

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.

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	1,16%	1,17%	1,15%	1,28%

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.

Tabela 5 - Registro de alta global

Resultados AME SJC - ISG				
ITEM	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
Registro de Alta Global	85%	85,64%	88,80%	92%

14. 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.

14.1 Rateio Corporativo

A centralização dos serviços administrativos e de apoio corporativo permite a adoção de um modelo de gestão mais eficiente, reduzindo custos operacionais e assegurando maior previsibilidade na execução orçamentária dos contratos de gestão. Essa prática proporciona ganhos decorrentes da economia de escala, aprimoramento da gestão e otimização da aplicação dos recursos públicos.

CRITÉRIO ADOTADO

Foi definido pelo Instituto o critério de rateio pelo número de funcionários, abrangendo as unidades de São Paulo, outros estados e a Matriz. Esse parâmetro estabelece tanto a participação de cada estado no rateio quanto a parcela correspondente à Matriz.

Em um segundo momento, no âmbito do Estado de São Paulo, o critério para a distribuição entre as unidades é realizado com base no valor do repasse de custeio (receita), a fim de evitar distorções, por exemplo, de unidades no modelo “Bata Branca”.

Primeiro Momento:

EXERCÍCIO 2025		
jun/25	nº de Funcionários CLT	%
CEAP-SOL	117	3,57%
HDT	500	15,27%
AME PA	108	3,30%
AME SJC	137	4,18%
HRJR	691	21,10%
HRLN	1.001	30,56%
HRSJC	677	20,67%
MATRIZ	44	1,34%
TOTAL	3275	100,00%

Figura 3 – Critério de Rateio – Primeiro Momento

Como demonstrado na memória de cálculo do quadro acima, utilizando como exemplo a composição do número de funcionários do mês de junho/2025, o percentual equivalente da Entidade Gerenciadora (Sede) é 1,34%.

Segundo Momento (divisão entre as unidades de SP)

EXERCÍCIO DE 2025 (UNIDADES GERIDAS EM SP)		
	R\$ Repasse do Custeio	%
AME-PA	R\$ 1.471.450,27	3,69%
AME-SJC	R\$ 1.559.451,00	3,91%
HRJR	R\$ 10.563.325,00	26,50%
HRLN	R\$ 15.767.557,00	39,56%
HRSJC	R\$ 10.493.959,00	26,33%
TOTAL	R\$ 39.855.742,27	100,00%

Figura 4 – Critério de Rateio – segundo Momento

JUSTIFICATIVA DA METODOLOGIA

O critério baseado no número de funcionários foi escolhido por se tratar de uma informação simples de se conferir, somado ao fator que a receita da matriz não é constante, o que poderia resultar, em determinados meses, na participação de 0% por parte da matriz.

Quanto ao critério adotado especificamente ao rateio das despesas institucionais nas unidades de São Paulo, segue de forma **objetiva e proporcional**, baseado nos **valores repassados** a título de gestão de cada contrato.

A metodologia utilizada consiste em ratear as despesas proporcionalmente às unidades de SP, ao peso do valor de repasse de cada contrato de gestão, ou seja, a proporcionalidade do rateio de cada unidade será aplicada sobre o total das despesas elegíveis, garantindo um critério de rateio equitativo e alinhado à realidade financeira de cada contrato.

14.2 Fluxo de Caixa

No período de janeiro a dezembro de 2025, para manutenção das atividades ambulatoriais foi repassado o montante total de R\$ 18.713.412,00, como pode ser observado no Demonstrativo de Fluxo de Caixa a seguir:

Demonstrativo Fluxo de Caixa 2025	Total 2025
Saldo de dezembro de 2024	1.199,57
RECEITAS	
Repasse Contrato de Gestão/Convênio/ Termos de Aditamento	18.713.412,00
Repasse Termo Aditamento - Custeio	-
Repasse Termo Aditamento - Investimento	-
Receitas Financeiras	125.412,00
Estornos / Reembolso de Despesas	76,20
Outras Receitas	-
Total de Receitas	18.838.900,20
DESPESAS	
Pessoal (CLT)	7.120.526,72
Ordenados	4.030.489,94
Benefícios	1.086.741,75
Horas Extras	-
Encargos Sociais	1.040.069,23
Rescisões com Encargos	161.301,32
13º	366.378,90
Férias	416.452,79
Outras Despesas com Pessoal	19.092,79
Serviços Terceirizados	9.248.509,32
Assistenciais	7.326.098,53
Pessoa Jurídica	7.326.098,53
Pessoa Física	-
Administrativos	1.922.410,79
Materiais	915.800,28
Materiais e Medicamentos	614.181,14
Órteses, Próteses e Materiais Especiais	63.174,59
Materiais de Consumo	238.444,55
Ações Judiciais	2.393,34
Trabalhistas	2.393,34
Utilidade Pública	272.727,02
Tributárias	463,53
Financeiras	12.927,14
Manutenção Predial	35.750,78
Investimentos	640,87
Ressarcimento por Rateio	573.947,00
Outras Despesas	12.332,54
Total de Despesas	18.196.018,54
Saldo do mês (Receitas - Despesas)	642.881,66
SALDO FINAL (Saldo Anterior + Receitas - Despesas)	644.081,23

Figura 3 - Relatório Demonstrativo do Fluxo de Caixa

No aspecto financeiro, como consta **no fluxo do dinheiro no caixa** do projeto, ou seja, o montante de caixa recebido **foi superior ao total de despesas realizadas**, sendo que essa diferença foi mantida como saldo de caixa.

A unidade atuou de forma conjunta ao longo de todo o período em referência, trabalhando numa soma de forças afim de obter equilíbrio orçamentário, tendo também como um dos principais fatores favoráveis para tal resultado, o empenho dos envolvidos.

Diante dos eventos ocorridos, o **resultado do Fluxo Operacional do Projeto para o período mencionado, foi de um saldo de R\$ 642.881,66 que somado ao saldo anterior resulta em um montante final de R\$ 644.081,23, 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.

15. CONCLUSÃO

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

A verificação da Gestão da Saúde, no período de janeiro a dezembro de 2025, foi feita a partir de dados de produção tabulados e estratificados via Sistema SIRESP e reportados via Sistema Gestão em Saúde.

A análise das informações descritas nesse relatório demonstra o resultado de esforços contínuos e mútuos de uma equipe que atua para que a unidade seja uma referência no atendimento a rede de saúde SUS da região.

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.

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)