

# RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Hospital Regional de São José dos Campos  
“Dr. Rubens Savastano”

2025



Contrato de Gestão: 001.0500.000038/2017

## SUMÁRIO

<b>1. O HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS .....</b>	<b>3</b>
SERVIÇOS OFERECIDOS .....	3
ESTRUTURA FÍSICA - 33 MIL M <sup>2</sup> DE ÁREA FÍSICA .....	3
LEITOS - CAPACIDADE INSTALADA .....	3
TECNOLOGIA DE PONTA A SERVIÇO DA SAÚDE - BRAINLAB .....	4
UTI – 30 LEITOS ADULTO E 10 LEITOS PEDIÁTRICOS .....	4
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM .....	4
INFORMAÇÃO E INTELIGÊNCIA A SERVIÇO DO PACIENTE.....	4
DIRETORIA ISG - HRSJC .....	4
<i>SUPERINTENDÊNCIA</i> .....	4
<i>DIRETORIA TÉCNICA</i> .....	4
<i>DIRETORIA DE APOIO À ASSISTÊNCIA</i> .....	5
MISSÃO, VISÃO E VALORES .....	5
INDICADORES HOSPITALARES – MÉDIA ANUAL 2025 .....	5
<b>2. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL – QUANTITATIVOS .....</b>	<b>6</b>
2.1. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR .....	6
2.2 PRODUÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL .....	7
2.3. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL NO PERÍODO.....	8
<b>3. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL – QUALITATIVOS .....</b>	<b>9</b>
3.1 PRÉ-REQUISITOS PARA AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL .....	9
3.1.1 APRESENTAÇÃO DE AIH.....	9
3.1.2 NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO INTERNA DE 100% DOS ÓBITOS MATERNOS E/OU NEONATAIS PRECOSES .....	9
3.2 PARTE VARIÁVEL .....	10
3.2.1 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO .....	10
3.2.1.1 ACOMPANHAMENTO CIHDOTT .....	10
3.3. HUMANIZAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE .....	11
3.3.1 AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO .....	11
3.3.2 PESQUISA DE SATISFAÇÃO:.....	12
3.3.3. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (SAU):.....	12
3.3.4. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS .....	12
<b>4. ATIVIDADE CIRÚRGICA .....</b>	<b>12</b>
4.1. BLOCO OPERATÓRIO .....	12
<b>5. REGULAÇÃO DE ACESSO .....</b>	<b>14</b>
<b>6. MONITORAMENTO DE ATIVIDADES SELECIONADAS .....</b>	<b>15</b>
<b>7. PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>8. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....</b>	<b>17</b>

8.1.	APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS DA QUALIDADE .....	17
8.2.	PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL .....	17
8.3.	REVISÕES PERIÓDICAS DO PLANO DE TRABALHO .....	18
8.4.	TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO .....	18
<b>9.</b>	<b>GESTÃO DE PESSOAS .....</b>	<b>18</b>
9.1	CONTRATAÇÃO DE PESSOAS.....	18
9.2	CORPO CLÍNICO .....	19
<b>10.</b>	<b>COMUNICAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>11.</b>	<b>NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE .....</b>	<b>20</b>
<b>12.</b>	<b>CONQUISTAS .....</b>	<b>21</b>
12.1	ACREDITADO COM EXCELÊNCIA – CERTIFICAÇÃO ONA III.....	21
12.2	SELO “HOSPITAL AMIGO DO IDOSO” .....	21
<b>13.</b>	<b>GESTÃO FINANCEIRA .....</b>	<b>22</b>
<b>14.</b>	<b>RATEIO CORPORATIVO .....</b>	<b>23</b>
14.1	CRITÉRIO ADOTADO .....	23
14.2	JUSTIFICATIVA DA METODOLOGIA .....	24
<b>15.</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>24</b>

## 1. O HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Inaugurado em 02 de abril de 2018, o Hospital Regional de São José dos Campos - HRSJC é um dos primeiros hospitais do Estado de São Paulo construído por modelo da Lei de Concessão de **Parceria Público-Privada (PPP)** seguindo as diretrizes para a construção, fornecimento de equipamentos, manutenção e gestão dos serviços não assistenciais.

O Instituto Sócrates Guaães - ISG é o gestor das atividades médico-assistenciais, denominada “Bata Branca” e a INOVA Saúde é o gestor responsável pelas atividades de apoio não assistenciais, denominado “Bata Cinza”.

O HRSJC é um **hospital estruturante**: de grande porte, atenção terciária, de **média e alta complexidade, porta referenciada, regulada** pelo Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo – SIRESP, com atendimento exclusivo ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, referência imediata para **39 municípios** da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde XVII (DRS XVII) – na região do Vale do Paraíba, totalizando uma população de **3 milhões de habitantes** (IBGE 2025).

### Serviços Oferecidos

- Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia
- Traumatologia-ortopedia
- Neurocirurgia e Neurologia
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Geral, Otorrinolaringológica, Proctológica e Ginecológica
- Atendimento Ambulatorial
- SADT (Exames de imagem, inclusive radiologia intervencionista, exames laboratoriais, exames por métodos endoscópicos e métodos gráficos)

### Estrutura Física - 33 mil m<sup>2</sup> de área física

- 06 amplas salas cirúrgicas e 04 salas cirúrgicas no Hospital Dia
- 01 sala de hemodinâmica
- 02 salas de métodos endoscópicos
- Auditório com capacidade para 181 pessoas / Centro de Estudos
- Fachada ventilada com eficiência energética e conforto ambiental interno
- Aquecimento por energia solar

### Leitos - Capacidade Instalada

- 20 leitos de Clínica Médica
- 16 leitos de Pediatria
- 72 leitos de Clínica Cirúrgica
- 30 leitos de UTI Adulto
- 10 leitos de UTI Pediátrica
- 14 leitos de Hospital Dia
- 23 leitos de emergência/urgência

**Total: 185 leitos operacionais**

## Tecnologia de Ponta a Serviço da Saúde - Brainlab

- Eficácia e facilidade nos **procedimentos mais complexos**;
- Maior eficiência nas cirurgias;
- Integração de salas cirúrgicas e um *HUB* de informações centrais, em rede, que roteia, exhibe, interage com a realização de videoconferência e transmissão, integrando com os sistemas HIS e PACS (sistema de armazenamento de exames e procedimentos).

## UTI – 30 leitos adulto e 10 leitos pediátricos

- Equipamentos de alta tecnologia a favor da segurança e da assistência humanizada ao paciente; e
- Alto desempenho em segurança, com recursos na monitorização e suporte avançado de vida.

## Diagnóstico por Imagem

- Tomografia Computadorizada (128 canais e 64 canais), Ressonância Nuclear Magnética, Angiógrafo, US, Raio-X Telecomandado;
- Sincronização com o Sistema PACS: interação e agilidade.
- Hemodinâmica:  
Procedimentos de cardiologia, endovascular e neurologia realizados por sistema digital que permite um diagnóstico de altíssima precisão; e  
Rápida recuperação e retorno precoce às atividades são alguns dos benefícios oferecidos ao paciente.

## Informação e Inteligência a Serviço do Paciente

- Processos totalmente informatizados: segurança, rastreabilidade e agilidade. *Paperless*: **agilidade e economia**.
- Farmácia Robotizada – “risco zero” de desvio de medicamento ou qualquer erro de dosagem.
- Gerenciamento Automatizado dos Recursos - QR CODE: segurança para o paciente e eficiência no faturamento.
- Sistema de Gestão Hospitalar (SOUL MV).
- Tubo pneumático: agilidade e segurança no transporte de medicamentos.

## Diretoria ISG - HRSJC

### SUPERINTENDÊNCIA

#### NEWTON QUADROS

Bacharel em Administração de Empresas – UNIFACS  
Especialização em Qualidade Hospitalar – UFBA  
MBA em Governança Corporativa

### DIRETORIA TÉCNICA

#### MARIA CLAUDIA DALANEZE GOMES

Medica graduada pela Faculdade de Medicina ABC  
Especialização: Cirurgia Geral e Endoscopia Digestiva na Faculdade de Medicina ABC

MBA em Gestão em Saúde - FIA USP

## DIRETORIA DE APOIO À ASSISTÊNCIA

**JULIANA FRANCO BUANI**

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia - Unioeste

Especialização em Qualidade e Segurança do Paciente – Fiocruz

MBA em Gestão em Saúde – FGV

## Missão, Visão e Valores

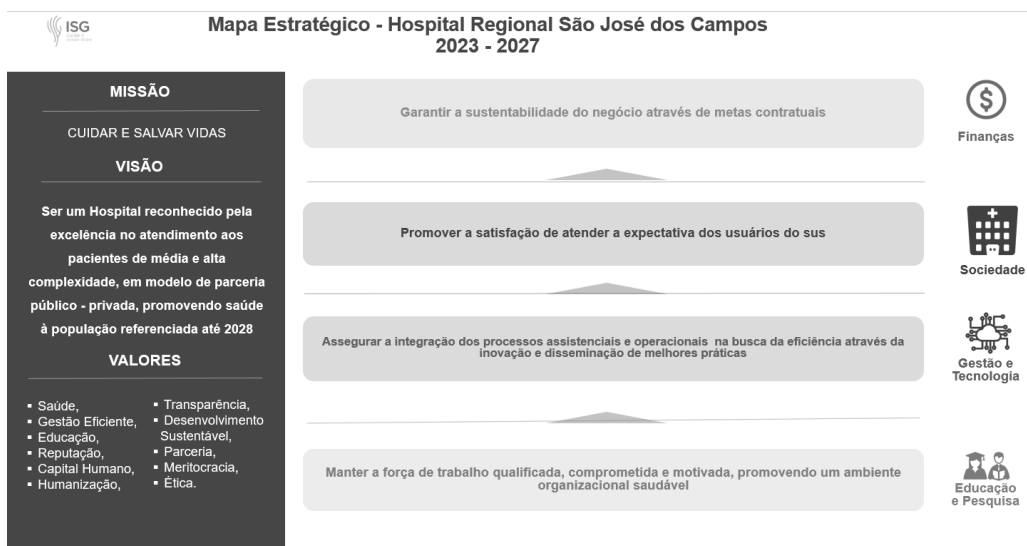
**MISSÃO:** Oferecer um atendimento de excelência por meio de uma gestão eficiente e resolutiva, apoiada em qualidade e humanização, visando cuidar e salvar vidas.

**VISÃO:** Ser uma unidade modelo em atendimento com foco em capacitação profissional, qualidade, segurança e inovação.

**VALORES:** Legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, educação, inovação, universalidade, humanização, meritocracia.

O Planejamento Estratégico é conduzido de acordo os tópicos do Mapa Estratégico elaborado sincronicamente com o Parceiro – Inova Saúde, e está amplamente divulgado para toda a equipe do HRSJC:

Figura 1 - Mapa Estratégico



Fonte: Qualidade HRSJC

## Indicadores Hospitalares – Média Anual 2025

Figura 2 – Indicadores Hospitalares



Fonte: SAME HRSJC

## 2. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL – QUANTITATIVOS

### 2.1. Produção Assistencial Hospitalar

Todas as metas Quantitativas do Contrato de Gestão foram cumpridas no ano de 2025.

Tabela 1 – Saídas Clínicas = Meta Mínima 95%

Saídas Clínicas	1º Semestre				2º Semestre			
	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Saída	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Saída
Clínica Médica	960	1.004	105%	R\$ 8.972,38	960	1.048	109%	R\$ 10.295,40
Clínica Pediátrica	270	279	103%	R\$ 9.855,73	270	335	124%	R\$ 9.410,96
<b>Total</b>	<b>1.230</b>	<b>1.283</b>	<b>104%</b>	-	<b>1.230</b>	<b>1.383</b>	<b>112%</b>	-

Fonte: Faturamento e Custos HRSJC

Foram realizadas **1.283** saídas clínicas no 1º semestre e **1.383** no 2º semestre, cumprindo com **104%** e **112%** do volume contratado, respectivamente.

Tabela 2 – Saídas Cirúrgicas = Meta Mínima 95%

Saídas Cirúrgicas	1º Semestre				2º Semestre			
	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Saída	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Saída
<b>Eletivas</b>	<b>1.470</b>	<b>1.554</b>	<b>106%</b>	R\$15.078,24	<b>1.470</b>	<b>1.440</b>	<b>98%</b>	R\$15.577,19
Cardiovascular	168	168	100%		168	194	115%	
Ortopedia	522	596	114%		522	658	126%	
Neurocirurgia	102	109	107%		102	92	90%	
Pediátrica	126	81	64%		126	92	73%	
Outras Especialidades	552	600	109%		552	404	73%	
<b>Urgências</b>	<b>840</b>	<b>909</b>	<b>108%</b>		<b>840</b>	<b>871</b>	<b>104%</b>	
Cardiovascular	282	418	148%		282	434	154%	
Ortopedia	360	342	95%		360	254	71%	
Neurocirurgia	96	62	65%		96	94	98%	
Pediátrica	42	46	110%		42	38	90%	
Outras Especialidades	60	41	68%		60	51	85%	
<b>Total</b>	<b>2.310</b>	<b>2.463</b>	<b>107%</b>		<b>2.310</b>	<b>2.311</b>	<b>100%</b>	

Fonte: Faturamento e Custos HRSJC

Foram realizadas **2.463** saídas cirúrgicas no 1º semestre e **2.311** no 2º semestre, o que corresponde a **107%** e **100%** do volume contratado, respectivamente.

**Tabela 3 - Saídas Hospital Dia = Meta Mínima 90%**

Hospital Dia	1º Semestre				2º Semestre			
	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Saída	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Saída
Cirurgia Hospital - Dia	1440	1431	99%	R\$ 1.556,15	1440	1425	99%	R\$ 1.296,59
<b>Total</b>	<b>1440</b>	<b>1431</b>	<b>99%</b>	-	<b>1440</b>	<b>1425</b>	<b>99%</b>	-

Fonte: Faturamento e Custos HRSJC

Foram realizados **1431** procedimentos de Hospital Dia no 1º semestre e **1.425** procedimentos no 2º semestre, cumprindo **99%** da meta contratual.

**Tabela 4 - Atendimentos Urgência / Emergência = Meta Mínima 85%**

Atendimentos de Urgência	1º Semestre				2º Semestre			
	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Atendimento	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Atendimento
Atendimentos realizados	3000	2593	86%	R\$1.231,22	3000	2592	86%	R\$1.340,43
<b>Total</b>	<b>3000</b>	<b>2593</b>	<b>86%</b>		<b>3000</b>	<b>2592</b>	<b>86%</b>	

Fonte: Faturamento e Custos HRSJC

O HRSJC realizou **2.593** atendimentos de urgência no 1º semestre e **2.592** no 2º semestre, cumprindo **86%** da meta contratual.

## 2.2 Produção Assistencial Ambulatorial

**Tabela 5 - Especialidades Médicas - Primeiras Consultas = Meta Mínima 90%**

Atendimento em Especialidades Médicas - Primeiras Consultas	1º Semestre				2º Semestre			
	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Atendimento	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Atendimento
Primeiras Consultas - Agendamento CROSS	3.600	3.887	108%	R\$248,51	3.600	3.772	105%	R\$263,78
<b>Total</b>	<b>3.600</b>	<b>3.887</b>	<b>108%</b>		<b>3.600</b>	<b>3.772</b>	<b>105%</b>	

Fonte: Faturamento e Custos HRSJC

Foram realizadas **3.887** primeiras consultas no 1º semestre e **3.772** no 2º semestre, o que corresponde respectivamente a **108%** e a **105%** do volume contratado.

**Tabela 6 - Especialidades Médicas - Interconsultas e Subsequentes = Meta Mínima 90%**

Atendimentos em Especialidades Médicas	1º Semestre				2º Semestre			
	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio
Interconsultas	4.824	4.361	90%	R\$248,51	4.824	4.478	93%	R\$263,78
Consultas Subsequentes	13.782	12.797	93%		13.782	12.957	94%	
<b>Total</b>	<b>18.606</b>	<b>17.158</b>	<b>92%</b>		<b>18.606</b>	<b>17.435</b>	<b>94%</b>	

Fonte: Faturamento e Custos HRSJC

Com relação às consultas médicas subsequentes e interconsultas, foram realizadas **17.158** no 1º semestre e **17.435** no 2º semestre, o que corresponde respectivamente a **92%** e a **94%** do volume contratado.

**Tabela 7 - atendimentos não médicos = Meta Mínima 90%**

Consultas Subsequentes	1º Semestre				2º Semestre			
	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio
Interconsultas	3.000	4.196	140%	<b>R\$64,62</b>	3.000	4.509	150%	<b>R\$65,29</b>
Consultas Subsequentes	1.800	2.076	115%		1.800	3.210	178%	
Procedimentos Terapêuticos(sessões)	9.600	7.816	81%		9.600	8.298	86%	
<b>Total</b>	<b>14.400</b>	<b>14.088</b>	<b>98%</b>		<b>14.400</b>	<b>16.017</b>	<b>111%</b>	

Fonte: Faturamento e Custos HRSJC

HRSJC realizou **14.088** atendimentos não médicos no 1º semestre e **16.017** no 2º semestre, o que resultou no cumprimento de **98%** e **111%** do volume contratado, respectivamente.

**Tabela 8 - SADT Externo = Meta Mínima 90%**

SADT Externo	1º Semestre				2º Semestre			
	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Exame	Contratado	Realizado	Índice	Custo Médio / Exame
Radiografia	24	15	63%	R\$ 98,43	24	20	83%	R\$ 104,83
Diagnóstico por Tomografia	876	1.225	140%	R\$ 208,84	876	1.236	141%	R\$ 164,52
Diagnóstico por Ultrassonografia	180	168	93%	R\$ 69,36	180	151	84%	R\$ 79,43
Diagnóstico por Ressonância Magnética	690	729	106%	R\$ 572,82	690	758	110%	R\$ 582,25
Diagnóstico por Endoscopia	384	332	86%	R\$ 1.273,40	384	333	87%	R\$ 1.380,40
Diagnóstico por Radiologia Intervencionista	408	128	31%	R\$ 2.162,98	408	187	46%	R\$ 2.593,84
Outros Métodos	120	70	58%	R\$ 301,15	120	88	73%	R\$ 281,62
<b>Total</b>	<b>2.682</b>	<b>2.667</b>	<b>99%</b>		<b>2.682</b>	<b>2.773</b>	<b>103%</b>	

Fonte:

Faturamento e Custos HRSJC

Foram realizados **2.667** exames externos no 1º semestre e **2.773** no 2º semestre, superando a meta estabelecida, resultando em **99%** e **103%**, respectivamente.

### 2.3. Produção Assistencial no Período

O HRSJC realizou, no ano de 2025:

- **8.036** - Internações
- **335.546** - Exames Laboratoriais
- **48.433** - Exames de Imagem
- **5.620** - Exames por métodos gráficos
- **9.180** - Cirurgias

Com relação aos **procedimentos cirúrgicos de alta complexidade** das principais especialidades - **Cirurgia Cardiovascular, Ortopedia e Neurocirurgia**, foram realizadas:

- 443 - Angioplastia Coronariana
- 152 - Revascularização do Miocárdio
- 93 - Implante de Marcapasso/Implante de Cardioversor (CDI)
- 65 - Aneurisma de Aorta
- 275 - Angioplastia Intraluminal
- 30 - Plástica/Troca/Implante Valvar
- 192 - Artroplastia de Quadril
- 133 - Artroplastia de Joelho
- 98 - Artrodese de Coluna/Trat. Cir. Deformidade da Coluna
- 40 - Microcirurgia para Aneurisma Cerebral
- 48 - Tumores do Sistema Nervoso
- 12 - Cirurgias de Escoliose
- 

A **alta complexidade** corresponde em média a **33%** das saídas cirúrgicas no 1º semestre e **38%** no 2º semestre.

Tabela 9 – Saídas Cirúrgicas por Complexidade

Saídas Cirúrgicas – Por Complexidade	1º Semestre		2º Semestre	
	Realizado	%	Realizado	%
<b>Alta Complexidade</b>	815	33%	868	38%
<b>Média Complexidade</b>	1648	67%	1443	62%
<b>Total</b>	<b>2463</b>	-	<b>2311</b>	-

Fonte: Faturamento HRSJC

## 3. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL – QUALITATIVOS

### 3.1 Pré-Requisitos para Avaliação da Parte Variável

#### 3.1.1 Apresentação de AIH

- Percentual de AIHs referentes às saídas hospitalares acima de 100%
- Percentual de registros de CEP correspondentes aos endereços corretos acima de 98%
- Porcentagem de registros de diagnósticos secundários acima dos volumes estabelecidos

#### 3.1.2 Notificação e Investigação interna de 100% dos óbitos maternos e/ou neonatais precoces

- No mês de julho ocorreu 1 óbito de mulher jovem, 36 anos, com quadro neurológico grave, 2 dias de internação, gestante de 6 semanas, considerado óbito materno.

Todos os pré-requisitos para avaliação da parte variável foram cumpridos.

## 3.2 Parte Variável

### 3.2.1 Qualidade da Informação

- Inserção de dados no Sistema de Gestão em Saúde foi realizada dentro dos prazos estabelecidos;
- Todos as informações e relatórios foram enviados nas datas estabelecidas;
- Extratos bancários e certidões entregues nos prazos estabelecidos;
- Todas as informações e acompanhamentos do Portal Financeiro do Gestor foram realizados;
- Planilha Materiais e Medicamentos entregue mensalmente no prazo estabelecido;
- Todas as solicitações de correção “De/Para” foram realizadas nos prazos estabelecidos;
- Todos os documentos foram entregues no prazo
- A CIHDOTT cumpriu todos os prazos estabelecidos, enviando as planilhas padronizadas

#### 3.2.1.1 Acompanhamento CIHDOTT

A Equipe de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (EDOTT), anteriormente CIHDOTT, exerce papel fundamental no aumento do número de transplantes no Estado de São Paulo. Por meio dessa equipe, é possível aprimorar a organização do processo de identificação de potenciais doadores, proporcionar acolhimento familiar mais adequado, estruturar as atividades de captação de órgãos e tecidos e fortalecer a integração entre o hospital notificante, a Organização de Procura de Órgãos (OPO) e a Central Estadual de Transplantes (CET), contribuindo para a ampliação qualitativa e quantitativa da captação de órgãos e tecidos.

Para viabilizar o acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas, é encaminhada ao Sistema Estadual de Transplantes a planilha definida no Anexo III da Resolução nº 142. A meta deste indicador estabelece que o relatório deve ser enviado ao Serviço Estadual de Transplantes até o dia 15 do mês subsequente.

No exercício de 2025, a EDOTT manteve atuação ativa no monitoramento de notificações, condução de protocolos de morte encefálica, abordagem familiar e integração com os órgãos reguladores do sistema estadual de transplantes, garantindo conformidade com os fluxos assistenciais e legais vigentes.

No ano de 2025:

- ✓ **14 notificações de Morte Encefálica (ME)**, sendo concluídos e notificados todos esses casos a CET.
- ✓ Captação de órgãos provenientes de doadores efetivos:
  - **04 rins**
  - **02 fígados**
  - **06 córneas**
  - **01 coração**
  - **01 pulmão**

Dos **óbitos por parada cardiorrespiratória, 30 pacientes foram doadores, totalizando 60 córneas captadas.**

Em abril de 2025, a realização de uma captação de múltiplos órgãos contou com

acompanhamento da imprensa televisiva, conferindo ampla visibilidade ao processo de doação. O momento evidenciou a organização, a agilidade e o comprometimento da equipe multiprofissional, além de contribuir significativamente para a conscientização da sociedade quanto à importância da doação de órgãos e tecidos.

Ainda no exercício de 2025, a instituição foi reconhecida e premiada como **DESTAQUE EM NOTIFICAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA** evidenciando o compromisso da equipe com a identificação precoce e adequada dos potenciais doadores, bem como com o cumprimento rigoroso dos fluxos estabelecidos pelo Sistema Estadual de Transplantes. Tal reconhecimento reforça a efetividade do trabalho desenvolvido e o alinhamento às metas pactuadas.

Em setembro de 2025, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 8.041, relacionada à estruturação de Equipes Hospitalares de Doação para Transplantes (EDOTT).

No mesmo período, houve a consolidação da EDOTT (Equipe de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes) no âmbito institucional, conforme atualização normativa e adequação organizacional. A mudança fortalece o caráter técnico-assistencial da equipe, amplia sua atuação estratégica dentro da instituição e reafirma o compromisso com a qualidade, segurança e transparência no processo de doação.

### 3.3. Humanização e Segurança do Paciente

#### 3.3.1 Ações de Humanização

O HRSJC trabalha a humanização na saúde através dos princípios, diretrizes e dispositivos da Política Estadual de Humanização (PEH), tendo a gestão do cuidado como uma de suas bases para a realização do trabalho assistencial.

Na assistência, a humanização no HRSJC preconiza a inclusão do paciente e sua família no processo de tratamento, através de um olhar integral sobre o processo saúde-doença, tendo como principais estratégias as diretrizes da PEH.

Na gestão, contribui para o aprimoramento dos processos de trabalho, através da inclusão do trabalhador em espaços coletivos de cogestão, os quais possibilitam a participação deste no planejamento, execução e avaliação das práticas de saúde.

O PIH - Plano Institucional de Humanização é uma das ferramentas que contribui para avaliação e acompanhamento do PEH nos serviços de saúde, com o objetivo de servir como estratégia de apoio, além de dimensionar a formação das diretrizes da PEH. É medida sua efetividade, por meio do gerenciamento, monitoramento e avaliação, das informações obtidas de forma detalhada e precisa, que contribuem no acompanhamento durante o período de vigência.

Atualmente, estão em andamento cinco projetos de humanização, de acordo com a Política Estadual de Humanização (PEH), a saber:

- Voz do usuário, ressoando a opinião do usuário SUS dentro das nossas práticas;
- Nome social, dando visibilidade ao tema e capacitando os trabalhadores;
- Visita estendida e Clínica Ampliada, visando fortalecer o cuidado integral, promovendo acolhimento, vínculo, corresponsabilização e a participação ativa da família no processo de atenção à saúde, garantindo um atendimento mais humano, resolutivo e centrado nas necessidades do usuário;

- Meu Pet Amigo, para proporcionar a visita do Pet, cujo tutor seja o usuário internado;
- Peso em Equilíbrio, tem como objetivo promover a compreensão do impacto da obesidade e controle da hemoglobina glicada no processo pré, intra e pós-operatório. Em síntese, ao prestarmos cuidado aos usuários em consonância com os princípios e diretrizes da Política Estadual de Humanização, reafirmamos um dos valores do ISG: “humanização é nossa essência”.

### 3.3.2 Pesquisa de Satisfação:

Realizamos as pesquisas de satisfação, e as informações são preenchidas no PSAT – Pesquisa de Satisfação do Usuário no prazo estabelecido.

### 3.3.3. Serviço de Atenção ao Usuário (SAU):

**Tabela 10** – Atenção ao Usuário = Meta 80%

ATENÇÃO AO USUÁRIO				
	1º TRI	2º TRI	3º TRI	4º TRI
Queixas Recebidas	552	516	512	369
Queixas Resolvidas	552	516	512	369
Taxa de Resolutividade	100%	100%	100,00%	100,00%
Meta	80%	80%	80%	80%

Fonte: Gestão Saúde SP

### 3.3.4. Satisfação dos Usuários

**Avaliar a satisfação dos usuários** nos serviços de saúde constitui uma importante ferramenta para subsidiar as **decisões de gestão e futuras ações**.

Utiliza-se como metodologia de Trabalho a **Pesquisa de Satisfação do Usuário – PSU, feita no leito e no Pronto Atendimento**, além das **manifestações espontâneas no Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU**, com o objetivo de **realizar avaliação da qualidade da assistência**.

**Tabela 11** – Satisfação do Usuário

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO					
Satisfação Geral	1º TRI	2º TRI	3º TRI	4º TRI	MÉDIA ANUAL
	95%	95%	97%	98%	96%

Fonte: Ouvidoria HRSJC

## 4. ATIVIDADE CIRÚRGICA

### 4.1. Bloco Operatório

O Bloco Operatório do HRSJC oferece assistência perioperatória e tratamento pós-anestésico em conformidade com os mais elevados padrões de segurança e qualidade em saúde, com o objetivo de assegurar um atendimento de excelência ao paciente.

A unidade conta com 6 salas operatórias dedicadas a cirurgias de grande porte

(neurocirurgia, cirurgia cardíaca e ortotrauma), 4 salas operatórias para cirurgias ambulatoriais (cirurgias gerais, ginecológicas, pediátricas e otorrinolaringológicas), 2 salas para métodos endoscópicos (endoscopias, colonoscopias e gastrostomias) e 1 sala de Hemodinâmica destinada a procedimentos de cardiologia intervencionista, neurorradiologia e endovascular.

O HRSJC realiza cirurgias eletivas, de urgência e de emergência. Os agendamentos são geridos com base no CDR (Cadastro Demanda Recurso), por meio da plataforma SIRESP. Os pacientes são contatados diariamente para confirmação das cirurgias e orientações sobre o preparo pré-operatório, após a avaliação inicial em nosso ambulatório de especialidades.

Mantemos uma interação estreita e eficiente com os coordenadores médicos para garantir o alinhamento nos processos de agendamento, nas solicitações de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) e no cumprimento dos protocolos assistenciais.

Mensalmente, são realizadas análises críticas dos principais indicadores, como a taxa de óbitos operatórios e o índice de cancelamento de cirurgias por fatores não relacionados ao paciente. Com base nessas análises, são elaborados e implementados planos de ação para promover melhorias contínuas nos processos.

O Protocolo de Cirurgia Segura, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é aplicado desde o início das operações no Bloco Operatório. Esse protocolo tem como objetivo reduzir a ocorrência de eventos adversos, infecções no sítio cirúrgico e mortalidade operatória. A equipe médica e de enfermagem do HRSJC atua de forma comprometida, assegurando o cumprimento de todas as responsabilidades no processo. Além disso, há uma colaboração contínua com as equipes de Gestão de Risco e Qualidade para implementar melhorias nos processos e prevenir eventos adversos.

A equipa do HRSJC tem uma atuação destacada nas Linhas de Cuidado para Cirurgia Cardíaca e Cirurgia de Artroplastia de Quadril. São seguidos protocolos institucionais que visam um preparo pré-operatório eficaz, a redução das infecções no sítio cirúrgico e a promoção de orientações sobre o autocuidado, entre outras iniciativas. Esses protocolos são gerenciados em parceria com a equipa de Qualidade.

Destaca-se, ainda, a realização de cirurgias para tratamento de Escoliose, que representa um importante diferencial assistencial do HRSJC. A instituição conta com Linha de Cuidado estruturada para esses pacientes, com atuação integrada de equipe multiprofissional composta por neurocirurgia, anestesiologia, enfermagem, nutrição, psicologia fisioterapia e serviço social. O cuidado é conduzido conforme protocolos institucionais específicos, contemplando avaliação pré-operatória criteriosa, planejamento cirúrgico individualizado, acompanhamento intraoperatório especializado e seguimento pós-operatório com foco na reabilitação funcional e segurança do paciente. Até o momento, já foram realizadas 12 cirurgias de escoliose no ano de 2025, com predominância de pacientes na faixa etária entre 13 e 26 anos, caracterizando um perfil majoritariamente de adolescentes e adultos jovens. Os bons resultados obtidos nestas cirurgias reforçam a consolidação do serviço como referência no manejo cirúrgico da escoliose, com resultados pautados na qualidade assistencial, segurança e atuação multiprofissional integrada.


A seguir, apresentamos os Indicadores da Atividade Cirúrgica, do último trimestre de 2025. Estes indicadores têm como objetivo acompanhar a atividade cirúrgica dos hospitais, de forma a monitorar ações para o aumento da resolutividade e da eficiência, o aprimoramento dos processos assistenciais e a melhoria na qualidade e segurança do atendimento aos pacientes.

**Figura 3 – Principais Indicadores SIRESP**

Governo do Estado de São Paulo  
**Secretaria da Saúde**

PROGRAMA Hospitais Sob Contrato de Gestão -  
2025  
PERÍODO DE 10/2025 À 12/2025

**INDICADORES**  
Relatório de Indicador por Unidade



HOSP REG DE SAO JOSE DOS CAMPOS | DATA ASSINATURA: 01/01/2025

Mapa de Indicadores / Atividade Cirúrgica		10/2025			11/2025			12/2025		
		Resultado	Pontos	Atingiu Meta	Resultado	Pontos	Atingiu Meta	Resultado	Pontos	Atingiu Meta
1	A - Movimentação Cirúrgica	2,23	1,00	●	5,58	1,00	●	6,23	1,00	●
2	A - Percentual de amostras auditadas do protocolo de cirurgia segura	100,00 %	30,00	●	100,00 %	30,00	●	100,00 %	30,00	●
3	A - Taxa de cirurgia suspensa motivo extra-paciente	1,01 %	35,00	●	1,31 %	35,00	●	0,91 %	35,00	●
4	A - Tempo de espera para cirurgias de fratura de fêmur em idosos	0,00 %	0,00	●	100,00 %	10,00	●	100,00 %	10,00	●
5	D - Intervalo de tempo para rotatividade das salas operatórias	39,09	1,00	●	24,37	1,00	●	23,03	1,00	●
6	D - Mortalidade cirúrgica(óbitos ocorridos em até 7 (sete) dias após o procedimento cirúrgico)	0,39 %	0,00	●	0,46 %	0,00	●	1,21 %	0,00	●
7	D - Reintervenções cirúrgicas não programadas	2,49 %	1,00	●	3,63 %	1,00	●	1,66 %	1,00	●
8	D - Taxa de cirurgias urgência	26,18 %	1,00	●	23,45 %	1,00	●	34,60 %	1,00	●
9	D - Taxa de conformidade à Lista de Verificação de Cirurgia Segura (checklist)	100,00 %	1,00	●	100,00 %	1,00	●	99,15 %	1,00	●

Fonte: SIRESP

## 5. REGULAÇÃO DE ACESSO

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HRSJC é administrado de forma direta pela Diretoria Técnica. Conta com Coordenação Médica e de Enfermagem. Funciona no regime **7/24 – 7 dias da semana, 24 horas por dia**, atendendo às **solicitações de vagas das instituições de saúde integrantes do Departamento Regional de Saúde XVII (DRS)**.

O NIR possui organização estrutural do serviço, além de uma sala adequada com estrutura tecnológica para **acesso ao SIRESP, gerenciamento de leitos, mapeamento dos fluxos de pacientes regulados e oferta de vagas para procedimentos ambulatoriais**.

É responsável pela **Manutenção do Módulo de Leitos no Sistema SIRESP**, disponibilização de **Primeiras Consultas e SADT Externo para a Rede de Referência**, e pelo **tempo de resposta para o aceite de pacientes da urgência via SIRESP**.

Todos os indicadores de Qualidade do NIR foram cumpridos no ano de 2024, sendo os resultados descritos abaixo:

- ✓ Tempo de resposta do NIR às solicitações de vagas = meta 85%

**Tabela 12 – Tempo de resposta às solicitações de vagas de urgência do SIRESP**

Tempo de Resposta do NIR				
Indicador	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
<b>A02 – Tempo de resposta do seu NIR às solicitações de vagas</b>	<b>94%</b>	<b>92%</b>	<b>92%</b>	<b>88%</b>

Fonte: SIRESP

- ✓ Atualização do módulo de leitos no MRL – SIRESP  
Diariamente o NIR realiza a gestão de leitos e atualiza as internações no Módulo de Leitos com AIH.
- ✓ Comparativo do contratado x ofertado (SIRESP) – consultas e exames

**Tabela 13 – Agendas em Especialidades Médicas Primeiras Consultas e SADT Externo = Meta 100%**

Consultas Médicas	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		4º Trimestre	
	Cont.	Ofer.	Cont.	Ofer.	Cont.	Ofer.	Cont.	Ofer.
Primeiras Consultas	1800	2146	1800	2894	1.800	3.001	1.800	2.362
SADT	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		4º Trimestre	
	Cont.	Ofer.	Cont.	Ofer.	Cont.	Ofer.	Cont.	Ofer.
Tomografia	438	600	438	770	438	566	438	904
Radiologia	12	12	12	12	12	12	12	12
Ultrassonografia	90	100	90	103	90	98	90	102
Ressonância Magnética	345	536	345	416	345	520	345	471
Endoscopia	192	231	192	212	192	217	192	208
Métodos Diagnósticos em Especialidades	60	60	60	60	60	80	60	70
Radiologia Intervencionista	204	211	204	204	204	204	204	204

Fonte: SIRESP

### Nota: Perda e absenteísmo

Durante o ano de 2025 relatamos ao DRSXVII a preocupação com a perda primária para os exames de Radiologia Intervencionista e na proposta SOSS 2026 ampliamos a oferta de exames que tem maior aproveitamento, readequamos as ofertas com perda, buscando oferecer os exames que a região realmente necessita. A busca pela otimização dos recursos deste Equipamento é uma meta da Gestão Estratégica, e se faz presente em todas as negociações com o DRSXVII. Em acompanhamento atual o absenteísmo dos métodos endoscópicos que cresceram no ano 2025, para a próxima adequação de SOSS que está prevista para outubro de 2026.

**Tabela 14 – Demonstrativo Ofertado X Agendado = Perda Primária**

SADT	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		4º Trimestre	
	Ofertado	Agendado	Ofertado	Agendado	Ofertado	Agendado	Ofertado	Agendado
Diagnóstico por Radiologia Intervencionista	211	73	204	81	204	103	204	127
<b>Perda Primária</b>	<b>65%</b>		<b>60%</b>		<b>49%</b>		<b>38%</b>	

Fonte: SIRESP

**Tabela 15 – Demonstrativo Agendado X Realizado = Absenteísmo**

SADT	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		4º Trimestre	
	Agendado	Realizado	Agendado	Realizado	Agendado	Realizado	Agendado	Realizado
Métodos Endoscópicos	205	159	189	162	186	134	188	168
<b>Absenteísmo</b>	<b>22%</b>		<b>14%</b>		<b>28%</b>		<b>11%</b>	

## 6. MONITORAMENTO DE ATIVIDADES SELECIONADAS

O monitoramento da execução do volume realizado para atividades selecionadas tem como objetivo **avaliar a qualidade na gestão dos processos de trabalho da unidade hospitalar por meio da realização regular de procedimentos eletivos pactuados.**

O HRSJC realizou todos os procedimentos monitorados.

**Tabela 16 – Metas Monitoradas**

ESPECIALIDADE	Grupo Procedimento Pactuado	Meta Trimestral 2025	Volume anual pactuado	Volume Realizado Ano	%
OTORRINOLARINGOLOGIA	AMIGDALECTOMIA E ADENOIDECTOMIA	75	300	835	278%
CIRURGIA VASCULAR	VARIZES	90	360	485	135%
CIRURGIA GERAL	ORIFÍCIAIS	30	120	133	111%
	VESÍCULA	90	360	440	122%
ORTOPEDIA	ARTROPLASTIA JOELHO/OMBRO	24	96	108	113%
	ARTROPLASTIA QUADRIL	30	120	126	105%
	LIGAMENTO JOELHO	20	80	108	135%
	REPARO MANGUITO ROTADOR	20	80	106	133%
	CIRURGIAS DE MÃO	20	80	310	388%
NEUROCIRURGIA	RIZOTOMIA	12	48	52	108%
	ARTRODESE DE COLUNA	8	32	54	169%
	ESCOLIOSE	3	12	12	100%
	ANEURISMA CEREBRAL	3	12	16	133%
	TUMOR CEREBRAL	2	8	14	175%
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	REVASCULARIZAÇÃO	15	60	68	113%
	ANGIOPLASTIA CORONÁRIA	20	80	132	165%
	PLÁSTICA VALVAR	1	4	14	350%
	MARCAPASSO	15	60	77	128%
	CDI	2	8	9	113%
	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL	3	12	89	742%

Fonte: Faturamento HRSJC

## 7. PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Conforme a Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1988: “O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”.

O panorama geral aponta para uma **redução consolidada de 6,5% no total de IRAS identificadas**, passando de 138 casos em 2024 para 129 em 2025. Destacam-se sucessos expressivos como na **redução de 21,6% das infecções de sítio cirúrgico (ISC) e das infecções do trato respiratório**, sendo **25% de redução na Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) e 54% na redução de pneumonia hospitalar**.

**Nas UTIs adulto, houve redução de 39% na topografia de IPCS AC**, passando da densidade de incidência de 2,3 para 1,4 em 2025, com impacto positivo principalmente no segundo semestre, atingindo a marca de 7 meses sem IPCS no setor.

Já nas unidades de enfermaria, **houve redução de 50% na topografia de ITU AC**, passando da densidade de incidência de 1,6 para 0,8 em 2025.

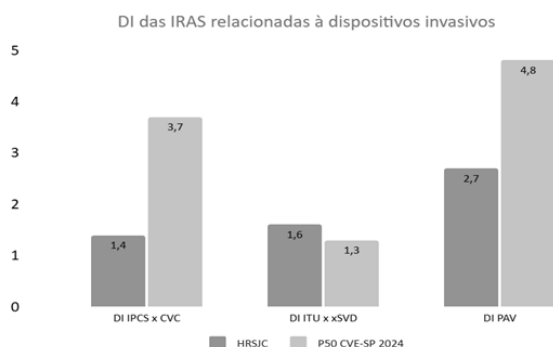
**Tabela 17 – Total de IRAS relacionadas à dispositivos invasivos nas Unidades Críticas**

	UTI Adulto 5º andar			UTI Adulto 4º andar		
	PAV	ITU-SVD	ICS-CVC	PAV	ITU-SVD	ICS-CVC
<b>1º trimestre</b>	0	1	4	1	1	0
<b>2º trimestre</b>	1	0	1	0	0	1
<b>3º trimestre</b>	2	1	0	0	1	0
<b>4º trimestre</b>	1	0	0	0	0	0

Fonte: SCIH HRSJC

A densidade de incidência de IRAS relacionadas a dispositivos invasivos nas UTIs está descrita no gráfico abaixo, com a comparação entre os dados do Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo (CVE-SP).

**Gráfico 1 – Densidade de Incidência de Infecção Relacionada à Dispositivos Invasivos no Bloco Crítico**



Fonte: SCIH HRSJC

## 8. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

No ano 2025, foram implementadas diversas iniciativas e avanços estratégicos pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Abaixo, detalham-se as frentes de trabalho priorizadas pela instituição:

### 8.1. Aplicação de Ferramentas da Qualidade

O Sistema de Gestão da Qualidade incorporou metodologias robustas para a identificação, monitoramento e análise dos processos assistenciais, visando o fortalecimento de uma gestão eficiente e segura. Gestão de Riscos: Em 2025, em colaboração com o corpo de colaboradores, foram aplicadas as ferramentas SIPOC e FMEA, permitindo a identificação prospectiva de riscos e o estabelecimento de barreiras preventivas contra eventos adversos tornando os processos assistenciais cada vez mais seguros ao paciente. Metodologia *Tracer*: A aplicação desta metodologia nas linhas de cuidado e nas Comissões de Prontuário e Óbito viabilizou uma visão sistêmica da jornada do paciente, intensificando a adoção de boas práticas e a mitigação de falhas assistenciais.

### 8.2. Pesquisa de Cultura de Segurança Institucional

Utilizamos o instrumento da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, referência global na avaliação da percepção dos profissionais de saúde sobre a segurança. A continuidade desta série histórica em 2025 — iniciada em 2019 — permite uma análise comparativa e profunda da cultura organizacional. Os resultados obtidos são fundamentais para o direcionamento estratégico de melhorias nos eixos de maior vulnerabilidade.

### 8.3. Revisões Periódicas do Plano de Trabalho

O Plano de Trabalho do NSP é submetido a revisões sistemáticas para a incorporação de novos aprendizados, atualizações normativas e ajustes de práticas. Este processo de melhoria contínua assegura a agilidade adaptativa do Sistema de Gestão da Qualidade frente aos novos desafios do cenário assistencial.

### 8.4. Treinamento e Desenvolvimento

As ações de desenvolvimento foram conduzidas em sinergia com o Núcleo de Segurança do Paciente, SCIH, Núcleo de Educação Permanente e o setor de Recursos Humanos. Utilizando Metodologias Ativas concentramos o foco no aprimoramento de competências técnicas e comportamentais, com destaque para o projeto "Estações", que teve o propósito de disseminar e fortalecer a aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente ao longo de 2025. Estratégia Multimodal: A implementação da Estratégia Multimodal de Higiene das Mãos resultou em ganhos expressivos na adesão às práticas seguras e no controle de infecções. Desenvolvendo uma Cultura Colaborativa trabalhamos com ênfase na interdisciplinaridade e no cuidado centrado no paciente consolidando um ambiente de aprendizado contínuo e maturidade organizacional.

## 9. GESTÃO DE PESSOAS

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

### 9.1 Contratação de Pessoas

Durante ano de 2025, realizamos **04** processos seletivos por Edital Público. Nestes processos seletivos, tivemos um total de **3702** candidatos inscritos que passaram por prova de seleção, resultando em **175** contratados nas áreas assistenciais e administrativas e **261** pessoas em cadastro reserva, para futuras contratações na unidade.

Os processos seletivos do ISG são conduzidos por uma equipe própria, formada por profissionais das unidades que administra, envolvendo os setores de Gestão de Pessoas, Educação Permanente e a Comunicação, garantindo eficiência e transparência na condução dos resultados.

Além das contratações em formato CLT, o hospital iniciou em 2024 com o programa de estágios sem remuneração para estudantes do curso superior em Medicina, pela Anhembi Morumbi.

O estágio hospitalar permite que os estudantes pratiquem suas habilidades clínicas em um ambiente real, o que é essencial para seu aprendizado. Eles ganham experiência direta com pacientes, diagnósticos, tratamentos e abordagens multidisciplinares, além de aprendem a trabalhar em equipe, lidando com diferentes especialidades e colaboradores, o que é fundamental para a prática médica no futuro. Em 2025, recebemos ao todo **432** estudantes.

## 9.2 Corpo Clínico

O conjunto das **equipes médicas** representa, em percentual, o maior valor dispendido em RH entre as diversas categorias profissionais que atuam em um hospital, devido ao seu **quantitativo e valor de remuneração**. Assim sendo, uma criteriosa seleção e gestão dos reais recursos necessários, de acordo com a demanda e para uma boa produtividade, é mandatária e essencial para a eficiência desejada. Nesse contexto, a seleção do corpo clínico foi liderada pelo Superintendente Técnico-Científico do ISG, visitando várias cidades e hospitais de referência no estado de São Paulo e no Vale do Paraíba, assim como encontros com médicos renomados e qualificados, em busca dos **melhores talentos da região**. Em alinhamento com o propósito e a missão do ISG, as equipes devem ser engajadas em oferecer saúde com espírito público e eficiência do privado para toda população SUS. A seleção das equipes cumpre os critérios de melhor custo e qualidade, **priorizando coordenações com título de especialista em sua área de atuação**.

Durante o ano de **2025** ocorreram poucas alterações na composição das equipes médicas que atuam no HRSJC, mantendo o **elevado nível de qualidade profissional na prestação dos serviços assistenciais à população SUS do Vale do Paraíba**.

Vale destacar que, em concordância com a importância primordial da organização eficaz das escalas médicas e para o funcionamento adequado e de qualidade dos serviços prestados, assegurando o cumprimento das obrigações pactuadas em contrato, as equipes médicas e fisioterapeutas utilizam uma ferramenta sistêmica de monitoramento de controle de entrada e saída – o Sistema de Gestão de Escala. Esta ferramenta visa garantir a regularidade e conferência da prestação de serviço executado.

## 10. 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 HRSJC, 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.

O ano de 2025 foi marcado por importantes reconhecimentos institucionais. Entre os destaques, o HRSJC conquistou, pela terceira vez, o prêmio “Amigo do Transplante”, categoria Destaque em Notificação, concedido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A premiação reafirma a consistência técnica da CIHDOTT e o compromisso contínuo da unidade com a excelência na notificação, captação de órgãos e preservação de vidas.

Outro marco relevante foi a celebração dos 7 anos do Hospital, consolidando sua trajetória como referência assistencial no Vale do Paraíba e reforçando sua posição estratégica na rede pública de saúde do Estado de São Paulo.

No âmbito do desenvolvimento humano e incentivo à educação continuada, o setor de Comunicação obteve reconhecimento no Projeto Impulso Digital. A iniciativa, voltada à capacitação dos colaboradores por meio de plataforma de cursos online, destacou o protagonismo da equipe de Comunicação, que alcançou o 1º lugar na unidade pelo volume de certificações concluídas.

No pilar de Eficiência Operacional, registramos o recorde histórico de procedimentos cirúrgicos no mês de julho e a modernização tecnológica com a instalação de novos focos cirúrgicos e a implementação da Central de Compras integrada. No campo do Ensino, a Comunicação prestou suporte estratégico à realização do 2º Simpósio de Pediatria e UTI Pediátrica e à capacitação em POCUS Vesical para a equipe de enfermagem.

A segurança do paciente foi o foco de campanhas técnicas como a "Mãos limpas salvam vidas" (em parceria com o SCIH), as ações de Segurança do Paciente Idoso e a SIPATMA. A saúde pública foi priorizada através do calendário preventivo (Janeiro Branco, Outubro Rosa, Setembro Amarelo, Verde e Laranja) e das ações de combate à dengue.

A Humanização e Responsabilidade Social foram fortalecidas pelas campanhas "O que importa para você?" e "Respeito não tem cor", voltada ao combate ao racismo e à discriminação. A Semana da Enfermagem abordou o tema da saúde planetária, enquanto a Exposição da Reabilitação de Mãos e o protocolo de abordagem humanizada em cirurgias pediátricas reforçaram o compromisso com o acolhimento técnico e empático.

Ao longo do ano, a Comunicação manteve uma presença sólida na mídia regional e transparência na prestação de contas, fortalecendo a reputação do HRSJC como uma instituição que concilia rigor científico, tecnologia e ética assistencial.

## 11. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Ao longo de 2025, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Hospital Regional de São José dos Campos atuou de forma estratégica na qualificação contínua dos profissionais, ampliando o escopo das ações educativas e fortalecendo uma cultura institucional de aprendizagem permanente. As iniciativas desenvolvidas contemplaram não apenas as equipes assistenciais, mas também as áreas administrativas, reconhecendo o papel de todos os profissionais na qualidade e segurança do cuidado em saúde.

Como etapa estruturante do planejamento anual, foi realizado o Levantamento das Necessidades de Treinamento (LNT) juntamente com os gestores de cada área, permitindo o alinhamento das capacitações às prioridades institucionais e às demandas reais do serviço. A partir desse diagnóstico, o NEP, em articulação com a área de Gestão de Pessoas, desenvolveu ações educativas técnicas e comportamentais, utilizando metodologias ativas que valorizam a experiência profissional e estimulam a participação crítica, posicionando o colaborador como protagonista do seu processo de aprendizagem.

A atuação do NEP também se estendeu aos processos seletivos e à integração de novos colaboradores das duas batatas, contribuindo para uma ambientação qualificada, alinhada à cultura organizacional, às diretrizes institucionais e às boas práticas assistenciais e administrativas desde o ingresso na instituição.

Com foco na inovação educacional, os treinamentos incorporaram recursos como gamificação, jogos educativos e plataformas digitais interativas, tornando o processo de aprendizagem mais dinâmico e significativo. Essas estratégias favoreceram maior engajamento dos participantes, melhor assimilação dos conteúdos e aplicação prática dos conhecimentos no cotidiano de trabalho. A avaliação da eficácia das capacitações passou a ser realizada de forma sistemática, por meio do cruzamento de indicadores quantitativos e qualitativos. São analisados dados de participação, carga horária e adesão, associados à avaliação de indicadores de qualidade, desempenho assistencial e percepção dos participantes, em ciclos periódicos de monitoramento, o que possibilita ajustes contínuos e decisões baseadas em evidências.

Durante o ano de 2025, o NEP realizou **512** treinamentos, totalizando **25.972** participações

no período de janeiro a dezembro, considerando as recorrências. Esse conjunto de ações contribuiu diretamente para o fortalecimento das competências profissionais e para a melhoria contínua da assistência prestada aos pacientes. O acompanhamento dos internos de medicina, com suporte técnico-pedagógico do NEP, favoreceu a integração progressiva desses estudantes ao ambiente hospitalar, sob supervisão de preceptores, estimulando a aplicação prática do conhecimento teórico e a troca de experiências com as equipes multiprofissionais. As ações desenvolvidas ao longo de 2025 evidenciam o papel do NEP como agente estratégico no desenvolvimento institucional. A ampliação do público atendido, o fortalecimento do protagonismo profissional, o uso de metodologias inovadoras e a avaliação contínua dos resultados contribuíram para processos educativos mais efetivos e alinhados às necessidades do hospital.

Dessa forma, o Núcleo de Educação Permanente reafirma sua relevância como eixo estruturante da qualificação profissional, impactando positivamente a segurança, a qualidade e a humanização dos serviços ofertados à população, em consonância com o compromisso do Hospital Regional de São José dos Campos com a melhoria contínua do cuidado em saúde.

## 12. CONQUISTAS

Além do desempenho operacional e dos indicadores assistenciais, o histórico de seis anos de gestão do Hospital Regional de São José dos Campos (HRSJC) evidencia a excelência das equipes assistenciais e administrativas. Destacam-se as seguintes certificações:

### 12.1 Acreditado com Excelência – Certificação ONA III

A instituição mantém o compromisso com a gestão de alto desempenho, ratificado pela manutenção da certificação de nível máximo da ONA. Trabalhamos a Cultura de Melhoria investindo na consolidação de Ciclos de Melhoria por meio da ferramenta A3, focando na experiência do usuário e na padronização de processos de excelência. Maturidade Institucional: A visita de manutenção realizada em maio de 2025 atestou o elevado nível de maturidade da organização, fundamentado em decisões baseadas em evidências e na conformidade rigorosa com o Manual ONA. Por meio da formação de auditores internos e realização das Auditorias Internas validamos em todas as unidades, a sustentabilidade dos padrões de qualidade e a eficiência dos serviços de saúde prestados.

### 12.2 Selo “Hospital Amigo do Idoso”

Esta iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo qualifica os hospitais como referências assistenciais para a população geriátrica, priorizando a autonomia e a independência do idoso. Em nossa trajetória de Certificação, com início em 2022 com a adesão ao selo Hospital Amigo do Idoso, a instituição obteve a Certificação Inicial (agosto de 2022) e o Selo Intermediário (agosto de 2023). Ao longo de 2025, mantivemos a trajetória de evolução nas práticas assistenciais voltadas ao público idoso, validando o compromisso institucional em oferecer um ambiente hospitalar que acolha e respeite as especificidades desta população.

Figura 4 – Certificado ONA III



Fonte: Qualidade HRSJC

Figura 5 – Selo Hospital Amigo do Idoso



Fonte: Qualidade HRSJC

## 13. GESTÃO FINANCEIRA

Representamos a seguir o Demonstrativo de Fluxo de Caixa – Receitas e Despesas do período.

Tabela 18 – Demonstrativo do Fluxo de Caixa – Receitas

Demonstrativo Fluxo de Caixa - 2025	Total
Saldo em dezembro de 2024	1.669.150,29
<b>RECEITAS</b>	-
Repasso Contrato de Gestão/Convênio/ Termos de	125.927.508,00
Repasso Termo Aditamento - Custeio	1.771.480,10
Repasso Termo Aditamento - Investimento	-
Repasso - Complemento Piso Enfermagem	3.920.641,67
Receitas Financeiras	1.080.306,53
Contrapartida de Ensino (Estágios / Residência Médica)	1.118.808,00
Estornos / Reembolso de Despesas	227.208,08
Outras Receitas	15.100,19
<b>Total de Receitas</b>	<b>134.061.052,57</b>

Tabela 19 – Demonstrativo do Fluxo de Caixa – Despesas

Demonstrativo Fluxo de Caixa - 2025	Total
<b>DESPESAS</b>	-
<b>Pessoal (CLT)</b>	<b>47.483.898,00</b>
Ordenados	22.552.892,59
Benefícios	6.691.022,24
Horas Extras	-
Encargos Sociais	8.885.390,00
Rescisões com Encargos	1.295.341,21
13º	2.129.697,24
Férias	2.326.068,92
Outras Despesas com Pessoal	207.684,03
Ordenados - Complemento Piso Enfermagem	3.395.801,77
Ressarcimento - Complemento Piso Enfermagem	-
<b>Serviços Terceirizados</b>	<b>53.486.562,47</b>
Assistenciais	50.549.619,28
Pessoa Jurídica	50.548.792,08
Pessoa Física	827,20
Administrativos	2.936.943,19
<b>Materiais</b>	<b>20.600.779,11</b>
Materiais e Medicamentos	9.555.512,87
Órteses, Próteses e Materiais Especiais	10.775.999,57
Materiais de Consumo	269.266,67
<b>Ações Judiciais</b>	<b>534.907,25</b>
Trabalhistas	405.012,30
Cíveis	129.894,95
Utilidade Pública	25.584,18
Tributárias	20.773,01
Financeiras	21.679,46
Manutenção Predial	-
Investimentos	-
Ressarcimento por Rateio	3.868.886,00
Outras Despesas	39.288,13
<b>Total de Despesas</b>	<b>126.082.357,61</b>
<b>Saldo do mês (Receitas - Despesas)</b>	<b>7.978.694,96</b>
<b>SALDO FINAL (Saldo Anterior + Receitas - Despesas)</b>	<b>9.647.845,25</b>

Fonte: Fluxo de Caixa HRSJC

Os recursos financeiros que sustentam as atividades do HRSJC são repassados ao ISG pela SES/SP, conforme acordado no Contrato de Gestão n. SES-PRC-2022/86082.

Para a manutenção das atividades o repasse anual recebido da SES/SP foi de **R\$ 131.619.629,77**, composto pelos repasses mensais e acrescido de 2 termos aditivos – TA, de custeio, o primeiro TA nº 02/2025 no valor de **R\$ 771.480,10**, foi totalmente utilizado para realização de **152** cirurgias do PMAE - Programa Mais Acesso à Especialistas, cumprindo 100% do volume contratado; e o recurso do **TA 03/2025** recebido em 30/12/2025, no valor de **R\$ 1.000.000,00** advindos de emendas parlamentares será aplicado na realização de **360** cirurgias no ano de 2026.

No exercício de 2025 os custos e despesas operacionais somaram **R\$126.082.357,61**, correspondendo a **95,79%** do valor total de repasse.

## 14. 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.

### 14.1 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”.

Tabela 20 - 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%

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

**Tabela 21** - 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	<b>R\$ 39.855.742,27</b>	<b>100,00%</b>

## 14.2 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.

## 15. CONCLUSÃO

Este Relatório de Atividades teve por objetivo detalhar resumidamente o **modelo de gestão do ISG**, sua transparência e resultados positivos obtidos no ano de 2025, na administração dos serviços assistenciais do HRSJC, mantendo a gestão financeira alinhada às entregas técnicas pactuadas.

A gestão do HRSJC pelo **Instituto Sócrates Guaães** foi iniciada com desafios de implantação em razão do modelo de **Parceria Público Privada (PPP)**, se mostrou eficiente e organizada no primeiro Contrato de Gestão (2018 a 2023) período de grandes desafios, e continua com o mesmo padrão, buscando a melhoria contínua dos seus processos e administração dos recursos financeiros no segundo Contrato de Gestão (2023 a 2028).

Um dos principais pontos observados no desenvolvimento das atividades no HRSJC, e que contribui de forma decisiva para o bom desempenho do hospital, é o alinhamento dos profissionais responsáveis pelos processos de apoio não assistenciais (“Bata Cinza”) e médico assistenciais (“Bata Branca”).

Os processos estruturados e acompanhados pelos Gestores das duas “batas” é o que garante o bom funcionamento do Equipamento na busca incansável pela qualidade e segurança do paciente, integrando todos os colaboradores nas práticas e políticas de segurança.

Os investimentos em mão de obra qualificada repercutiram diretamente na qualidade da assistência e, conseqüentemente, na satisfação do usuário. Foram cumpridas todas as metas contratadas, com promoção da saúde nos preceitos filosóficos da universalidade, integridade, equidade e no papel do Estado em determinar as políticas de saúde e fiscalização.