



OSS/SPDM – Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo
**Art. 138 das Instruções nº 01/2024 do Tribunal de
Contas do Estado de São Paulo**

PRESTAÇÃO DE CONTAS 2024

Relatório da Organização Social sobre atividades desenvolvidas no gerenciamento da entidade pública, objeto do contrato de gestão, contendo as principais realizações e exposição sobre as Demonstrações Contábeis e seus resultados.

Exercício 2024 – Contrato de gestão
Processo origem SES-PRC 2022/12089

Relatório de Atividades – OSS/SPDM – Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo

(1) Breve histórico:

O Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo desde 2004 vem sendo gerenciado pela SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, com objetivos estratégicos definidos:

MISSÃO

Hospital público direcionado para assistência à saúde e ao ensino com qualidade; referência resolutive de média e alta complexidade no Alto Tietê, promotor e difusor de conhecimento, que alicerçado na equidade, no respeito e na valorização das pessoas e do meio ambiente, busca uma gestão de excelência na construção coletiva de uma saúde pública digna e com compromisso social.

VISÃO

Pretende ser reconhecida socialmente pela melhoria do padrão de saúde regional, formação de profissionais com qualidade, alto grau de satisfação no trabalho, excelência em gestão hospitalar com certificação, por promover e manter rede de relacionamento entre os vários serviços de saúde no SUS.

VALORES

Respeito às pessoas e ao meio ambiente, gestão pública de excelência, humildade, determinação, ética, responsabilidade, honestidade, transparência, compromisso social, equidade, valorização dos profissionais, difusão de conhecimento, respeito pelo patrimônio público e pensamento coletivo.

A partir dessa premissa, além da execução da produção assistencial e dos indicadores de qualidade pactuados com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) tem como prioridade prezar pela segurança do paciente na assistência prestada.

Para isso, instituiu ao longo da gestão uma cultura de segurança do paciente a partir do estímulo e prática de ações diárias com propósito de promoção de melhoria contínua dos processos.

(2) Características da Unidade:

O Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo está localizado no seguinte endereço:

Rua Manoel de Oliveira, s/nº Bairro Mogilar – Mogi das Cruzes, CEP: 08773-130

Telefone: (11) 3583-2800 e (11) 3583-2814

CNPJ: 61.699.567/0008-69

Licença de funcionamento junto ao Grupo de Vigilância Sanitária VIII de Mogi das Cruzes sob Nº CEVS: 353060790-861-000020-1-1 - válida até 06/09/2025.

Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros sob nº 636257 – com validade até 13.04.2026.

Início da gestão: junho de 2004.

Estrutura de Leitos Hospitalares:

Temos 263 leitos cadastrados no CNES, cujos estão subdivididos da seguinte maneira: 109 leitos cirúrgicos, 94 leitos de Clínica Médica, 34 leitos de Pediatria, 02 leitos de Tisiologia, 12 leitos de Psiquiatria, 12 leitos de Hospital Dia.

Além disso, contamos com uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto com 10 leitos, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica com 09 leitos e Unidade Coronariana com 10 leitos.

Conta com um Centro Cirúrgico dotado de 06 salas cirúrgicas e Unidade de Cirurgia Ambulatorial (UCA) com 02 salas cirúrgicas.

No que tange à estrutura ambulatorial, contamos com 24 consultórios para atendimentos médicos e não médicos, 01 sala de pequena cirurgia, 01 sala de curativo, 01 sala odontológica, 07 salas específicas para imagem, 05 salas para execução de outros exames (espirometria, eletroneuromiografia, eletroencefalografia, endoscopia/colonoscopia, teste ergométrico, dentre outros).

A estrutura do Centro Oncológico contempla área para sessões de Quimioterapia dotada de 10 poltronas, além de área específica para simulação por tomógrafo e sessões de Radioterapia, dotadas com duas casamatas e funcionamento de 02 aceleradores, de forma concomitante.

(3) Perfil de Atendimento, (4) Abrangência e especialidades:

A OSS/SPDM – Hospital das Clínicas Luzia de Pinho é referência em saúde para cerca de 3,0 milhões de pessoas do Alto Tietê, sendo destas, 64,5% SUS dependente (1,9 milhões), destacando-se no atendimento de média e alta complexidade a 11 municípios, a saber: Arujá, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano.

Pertence à jurisdição do Departamento Regional de Saúde I – DRS I. Possui característica em atendimento terciário, contando com especialidades como neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, cirurgia oncológica, ortopedia, dentre outras.

Até janeiro de 2021 o atendimento no Pronto Socorro se deu através de demanda espontânea, com atendimento 24 horas em várias especialidades médicas.

Dado o perfil epidemiológico da região e diretriz da SES, ao longo dos anos foi tornando-se um hospital com característica de atendimento em média e alta complexidade, com evolução dos seguintes serviços e atividades:

- ✓ UTI Pediátrica (2005);
- ✓ Radiologia Intervencionista – Hemodinâmica: Cardiológica, Vascular e Cerebral (2009);
- ✓ Atendimento Oncológico (2012);
- ✓ Cardiologia Intervencionista – Marcapasso, Cardiodesfibrilador e Ressincronizador (2016);
- ✓ Unidade Coronariana (2016);
- ✓ Radioterapia (2017).

A partir de 01 de fevereiro de 2021 houve efetivo referenciamento do Pronto Socorro, com redirecionamento dos atendimentos médicos de baixa complexidade às Unidades Básicas de Saúde, ocasião na qual o hospital ficou oficialmente designado aos atendimentos de média e alta complexidade da região, considerando o perfil epidemiológico prevalente e formado por pacientes idosos e com comorbidades associadas, com elevada incidência em Oncologia e Cardiopatias.

Em detrimento a essa característica, a partir de 01 de setembro de 2021, o hospital foi contemplado com um segundo acelerador linear, duplicando a produção em sessões de Radioterapia e oferecendo abrangência ao tratamento oncológico disponibilizado.

Fluxo de Atendimento:

O encaminhamento para a unidade é firmado através de contato da Central Reguladora de Vagas - CROSS tanto ambulatorialmente quanto no Pronto Socorro, com ressalva para o atendimento de Urgência e Emergência, a que somos referência e, para qual o SAMU funciona como um interlocutor de entrada para os pacientes.

Para o atendimento dos casos de procura espontânea, adotamos o sistema de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco Manchester (desde agosto de 2020 – com implantação do sistema TASY), realizando a classificação com sistema de cores (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco), cujo atendimento se dá priorizando-se o grau de gravidade do paciente e não a ordem de chegada. A ordem de chegada é respeitada para a classificação azul (menor gravidade), representando os pacientes que foram referenciados para o atendimento em nível de Unidade Básica de Saúde.

Os pacientes do Pronto Socorro podem permanecer em regime de “observação” (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrendo internação ao final deste período, sendo registrado o atendimento da urgência propriamente dito, não é gerada formalização de hospitalização.

Ambulatório com Classificação de Risco Cirúrgico:

Os pacientes ambulatoriais com característica cirúrgica eletiva são referenciados pela Rede Local ou pela especialidade que efetua o atendimento no ambulatório de especialidades do próprio hospital, tendo como referência o Alto Tietê.

Para o gerenciamento das filas de espera cirúrgicas, adotamos a classificação de risco cirúrgico oferecendo critérios claros e a devida priorização por gravidade e prioridade.

Atendimento Oncológico:

Em 2024 realizamos em média 10.370 atendimentos/ano (943 atendimentos/mês) em Oncologia Clínica, com representatividade de 105 pacientes novos, regulados pela Rede Hebe Camargo (casos clínicos).

Já em Oncologia Cirúrgica a média de atendimentos dos casos confirmados, incluindo casos novos e retornos foi 4.662 pacientes/ano (424 atendimentos/mês), com representatividade de 103 pacientes regulados pelo Portal CROSS.

Em agosto de 2022, repisa-se a pactuação entre a SES e o hospital, com consequente ampliação dos atendimentos oncológicos a partir de criação de projeto de infusão quimioterápica no AME Mogi das Cruzes tornando o local uma Clínica Adicional de Infusão de Quimioterápicos.

A regulação desses pacientes oncológicos ocorre pela Rede Hebe Camargo, cujos seguem direcionados para avaliação com oncologista clínico. De acordo com o seguimento (clínico ou cirúrgico) define-se a necessidade de infusão quimioterápica, cuja segue efetuada no ambiente hospitalar (pacientes mais graves) ou na Clínica de Infusão de QT (AME Mogi das Cruzes), conforme elegibilidade, oferecendo assim melhor e mais célere resolutividade oncológica.

A partir de maio de 2024 houve incremento no atendimento oncológico no que tange a cirurgias eletivas, sessões em Radioterapia e Quimioterapia. E em setembro de 2024 a unidade assumiu a gestão do serviço de Radiologia Intervencionista – Hemodinâmica, que passou a funcionar 24 horas, atendendo de forma completa e satisfatória às necessidades dos pacientes cardiológicos (principalmente), neurológicos e da especialidade em vascular.

(5) Modelo de Gestão:

O modelo de gestão adotado utiliza o BSC – Balanced Scorecard como ferramenta de monitoramento estratégico, baseando-se numa visão sistêmica e interdependente de variáveis que afetam a organização como um todo. Esse sistema de medição incorpora um conjunto de medidas mais genéricas e integradas que vincula o desempenho sob a óptica dos clientes, processos internos, colaboradores, Stakeholders e perspectiva financeira.

Baseando-se nos princípios SUS, nas diretrizes regionais de saúde e nos modelos de gestão que possibilitam resultados de alto desempenho, a SPDM vem desenvolvendo uma gestão estratégica focada na sustentabilidade, valorização dos colaboradores e dos clientes e nas questões voltadas ao Compliance e integridade institucional.

(6) Resultados:

A complexidade hospitalar aliada à característica epidemiológica de atendimento, compreendendo: pacientes oncológicos, nefropatas e em cuidados paliativos, reconhecidamente elevam o tempo de internação programado e contribuem para a taxa de ocupação sempre superior a 90% (série histórica) e o elevado tempo de permanência (em torno de 8 dias).

Em 2024, a unidade apresentou uma taxa de ocupação de 93% e 7,1 dias de tempo de permanência, justificadas em tópico anterior.

Em termos produtivos houve monitoramento constante do cumprimento de metas, cujos resultados serão detalhados no tópico Execução Orçamentária deste relatório.

Em termos assistenciais, em 2024, acentuou-se esforços no aumento da resolutividade da linha cirúrgica e oncológica, bem como no aprimoramento da linha de cuidado em cardiologia, perfis estes característicos da epidemiologia do hospital. Acentuou-se ainda medidas para aprimoramento da gestão clínica dos pacientes, através das definições de Planos terapêuticos individualizados e multidisciplinares.

As boas práticas instituídas e aprimoradas ao longo da trajetória da SPDM no hospital resultaram em reconhecimento através das certificações de qualidade, preocupação esta presente na gestão desde 2006, ocasião na qual o hospital foi certificado nível 2 ONA - Organização Nacional de Acreditação Acreditado Pleno, evoluindo para a certificação nível 3 – Acreditado com Excelência em 2010, conferindo credibilidade interna e externa na qualidade da assistência e fortalecendo o processo de melhoria contínua da unidade.

Face ao exposto, mesmo mediante as incertezas oriundas da pandemia buscou ao longo de 2020 a Certificação Canadense e preparou-se para avaliação educacional Qmentum, logrando êxito na certificação em abril de 2021 com preparação no 1º semestre de 2022 para renovação da Certificação Canadense, o que ocorreu satisfatoriamente em agosto de 2022.

No exercício de 2024 a unidade manteve a certificação ONA nível 3 em Excelência (abril) sendo recertificada pela metodologia Canadense Diamond (maio), bem como consolidou a certificação das Unidades de Terapia Intensiva em Alta Performance para a UTI Adulto, Coronariana e UTI do Pronto Socorro, garantindo a plenitude em assistência aos pacientes com maior gravidade.

Em 2024, a UTI Pediátrica foi reconhecida pela melhoria da qualidade e garantia da segurança dos pacientes, através do gerenciamento dos processos e indicadores de qualidade em Terapia Intensiva pela AMIB.

Afirmamos assim que a Gestão da Qualidade representa um dos pilares de Governança Clínica fundamental no mapeamento dos processos, dos riscos, instituição dos protocolos, padronizações e juntamente ao RH na capacitação permanente dos colaboradores. Insta salientar ainda que o HCLPM foi um dos pioneiros na implantação de um Núcleo de Gestão do Risco Assistencial, com implementação de práticas de segurança operacional, conforme modelo das organizações de alta confiabilidade.

Premiações:

Outras conquistas alcançadas por meio da gestão SPDM foram premiações concedidas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, sendo eles: “Prêmio Ideia Saudável” – pelas ações em sustentabilidade (2007); “Acolhimento com Classificação de Risco” – pelo trabalho e resultados obtidos no atendimento por prioridade no Pronto Socorro (2007) e o “Prêmio Amigo do Meio Ambiente” em virtude do trabalho de conscientização e prevenção do meio ambiente (2010, 2013, 2014 e 2017) em “Menção Honrosa Hospitais Saudáveis” – pela produção de estudos de caso sobre os objetivos da Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis (2014, 2015, 2017, 2021 e 2022), destacando-se sobretudo, no Engajamento do Programa de Transplantes (2015 e 2018) e em Doação de Órgãos em 2017, 2018, 2019, 2022 (pós pandemia) e 2023, sendo reconhecido como Hospital Amigo do Transplante em 2024. Em 2022 ficou em 21º lugar dentre os melhores hospitais públicos do Brasil e em 2023, mediante participação de projeto “Saúde em Suas Mãos” reconhecido por meio da qualidade, eficiência e redução dos custos em ações efetuadas na UTI do Pronto Socorro. Em decorrência da adesão aos projetos de certificação em qualidade, recebeu prêmio Destaque da Acreditação em 2024 e alcançou o *Status Gold no Angels Awards* pelo fornecimento de dados para pesquisa e pontos de melhorias no tratamento de pacientes com AVC.

Política Nacional de Humanização:

Com compromisso de humanização no relacionamento com os pacientes, colaboradores e gestores, contamos com estrutura necessária para prestar assistência de média e alta complexidade, obedecendo às definições e orientações da Política Nacional de Humanização.

Buscamos oferecer um tratamento humanizado e personalizado, valorizando as pessoas e respeitando seus direitos, princípios, cultura e formação religiosa. Projetos paralelos ao tratamento dão suporte emocional ao paciente e minimizam o estresse causado pela doença.

Em 2024 a Comissão manteve o apoio ao desenvolvimento da equipe para o Cuidado centrado na pessoa e preparo dos pacientes e cuidadores para o processo de desospitalização, bem como estendeu a participação na Linha de Cuidados hospitalar, incluindo além dos pacientes oncológicos e com Acidente Vascular Cerebral – AVC, os pacientes com Infarto Agudo do

Miocárdio – IAM e sepse, contribuindo assim para melhor desfecho e performance clínica e financeira.

Serviço de Atendimento ao Usuário:

O Serviço de Atendimento ao Usuário é parte integrante do Comitê de Humanização e oferece um canal de comunicação direto e eficaz com o ambiente interno e externo da instituição, sendo uma ferramenta de estreitamento da relação entre a instituição e seus usuários, particularmente tratada como visão do cliente de saúde.

A partir dos resultados apurados mensalmente, a direção do hospital revisa os processos e define ações que possibilitem a partir de melhorias contínuas a obtenção de maior nível de aceitabilidade de todos os serviços avaliados. Este instrumento possibilita a melhoria de aspectos estruturais, sistêmicos e comportamentais, apoiando consideravelmente na construção do conceito de “serviço de qualidade” para o público atendido.

Em consonância à Ouvidoria do Estado, este serviço de atendimento confere ao público a oportunidade de gestão participativa do serviço de saúde.

Os níveis em aceitabilidade geral aos serviços em 2024 atingiram o esperado (média 94%) e Net Promoter Score – NPS¹ também retratou o esforço institucional na manutenção dos níveis de qualidade (80%), ambos indicadores mensurados através do Serviço de Atenção ao Usuário em parceria com a Ouvidoria do Estado.

Observações:

¹NPS – tem objetivo de realizar mensuração do Grau de Lealdade dos consumidores de qualquer tipo de empresa.

Índice NPS entre 50 e 94 – Qualidade extremamente difícil de ser alcançada. Nível de qualidade que faz das empresas referência no mercado.

Gestão Ambiental e Responsabilidade Social:

Objetivando atuar de forma sustentável, contribuindo para preservação do meio ambiente dos recursos naturais, visando ainda o cumprimento de requisitos legais, vem incorporando, ao longo da gestão, um processo árduo de redução de desperdícios como um todo, em congruência à missão institucional.

Desde 2015 efetua **Inventário de Gases de Efeito Estufa**, utilizando a ferramenta intersetorial do Programa Brasileiro GHG protocolo (ferramenta desenvolvida pela GVCES/FGV). O trabalho desenvolvido é um marco muito importante na gestão ambiental, pois, trata-se de um **trabalho pioneiro para os Serviços Públicos**.

O inventário de gases de efeito estufa permite que uma organização conheça a emissão dos gases decorrentes de sua operação sendo considerada uma ferramenta de gestão. Em 2021 eliminamos o uso do Óxido Nitroso em nosso processo cirúrgico o que contribuiu, relevantemente, à redução de gases de efeito estufa de fontes não energéticas. Outrossim, aderimos à campanha mundial “*Race to Zero*”, fazendo menção a uma redução gradual e

significativa de emissões, com metas ambiciosas em projeção futura (2030 – reduzir 50% das emissões e 2050 – zerá-las).

Outro aspecto importante da gestão ambiental refere-se à iniciativa na participação do Projeto Hospitais Verdes Saudáveis, comprometendo-se a desenvolver iniciativas voltadas aos cinco objetivos da Agenda Global dos Hospitais Verdes Saudáveis, com abordagem nas principais áreas de atuação: Energia Elétrica, Água, Resíduos Hospitalares, Desperdício alimentar e Substâncias químicas, quesitos estes trabalhados fortemente em parceria às ações de desenvolvimento das pessoas e processos, acentuados ao longo de 2024.

Ao longo dos 16 anos de gestão SPDM várias ações foram desenvolvidas, dentre elas, a participação no programa Green Kitchen, cujo é indicado para restaurantes que queiram aprimorar seu padrão de qualidade em benefício de seus clientes e sua região, considerando aspectos sociais e ambientais.

Em abril de 2018 pelas boas práticas de oferecimento de uma alimentação saudável, prezando por soluções que mitigam o desperdício de matéria prima e processos o HCLPM foi contemplado com o Selo de Qualidade Green Kitchen, através dos resultados da Unidade de Alimentação e Nutrição,

Desde 2019 este selo foi mantido, pela implementação das boas práticas e aprimoramento interno dos pré-requisitos elegíveis pela organização certificadora. Preservou-se as ações voltadas ao programa de alimentação saudável (horta orgânica, divulgação voltada à reeducação alimentar aos clientes internos e externos, parceria ativa no Programa Viver Bem, bem como comprovação da não utilização de temperos químicos industrializados na produção alimentar, disseminando o conceito de alimentação saudável e reeducação alimentar). Em 2024 elevou-se a pontuação da unidade de 51 para 54 pontos - classificação - PIN 5, pelo aumento do uso de insumos orgânicos voltados à produção alimentar dos pacientes e exclusão de alimentos ultraprocessados do cardápio.

Gestão de Pessoas:

Nossa equipe de trabalho é composta por 1.841 colaboradores, sendo 1.348 celetistas, 470 terceiros e 23 estatutários, sendo destes 1.399 do sexo feminino e 442 do sexo masculino.

Em 2020 a Unidade de Gestão de Pessoas reestruturou-se para atender ao novo cenário imposto pela pandemia e em 2021 consolidou-se a forma de contratação por meio eletrônico, através da plataforma GUPY, assim como os treinamentos online (plataforma Moodle), ações estas fortalecidas e que foram desdobradas nos exercícios de 2022, 2023 e 2024.

Paralelamente, manteve os programas obrigatórios de capacitação institucional que preveem: Lei Anticorrupção; Manual de Conformidade Administrativa e Políticas de Integridade; Compliance; LGPD; Sustentabilidade; Segurança do paciente e Aspectos Preventivos Gerais e

desenvolvimento de Lideranças, já que 83% da Liderança tática da unidade são colaboradores formados pela própria instituição, demonstrando a importância do desenvolvimento da força de trabalho e aproveitamento interno.

Promove ainda ações afirmativas de apoio aos Direitos Humanos, Inclusão e Diversidade, com amplos projetos nesta temática.

Serviços de apoio:

Contamos com serviço de apoio, cujo intuito é garantir um atendimento completo, seguro, eficiente e humanizado nos diversos âmbitos, tais como: serviço social, suprimentos, ouvidoria, voluntariado, telefonia, manutenção, higiene, almoxarifado, segurança e tecnologia da informação.

Residência Médica:

Aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica para o credenciamento da residência nas especialidades: Anestesiologia; Clínica Médica; Cirurgia Geral, Torácica e Vascular; Ortopedia/ Traumatologia e Psiquiatria, disponibilizando 55 vagas em 07 programas de residência médica e bolsas financiadas pela Secretaria de Estado da Saúde e Pró-residência do Ministério da Saúde por ano e 36 bolsas destinadas à Universidade de Mogi das Cruzes.

Resultados Institucionais provenientes da gestão:

- Qualidade assistencial de excelência;
- Satisfação do usuário do SUS, que passa a contar com uma maior resolubilidade;
- Cumprimento das metas estabelecidas pelo contrato de gestão;
- Cumprimento de requisitos legais;
- Compromisso com o Meio Ambiente (inclui Sistema de Gestão de Energia), Saúde e Segurança Ocupacional e Qualidade, além de garantia de melhoria contínua assistencial, certificada por instituições reconhecidas no mercado de saúde;
- Informatização de dados e garantia da sua segurança;
- Agilidade na adequação às mudanças provocadas pelo mercado, ou por impactos inerentes ao esperado (pandemia, por exemplo), bem como participação em Simulados de catástrofe.

**Contrato de gestão
SES-PRC-2022/12089 – Processo SEI 024.00049595/2023-63**

(7) Implantação de novos serviços:

Em 2 de setembro de 2024 a unidade tornou-se responsável pela gestão do Serviço de Radiologia Intervencionista - Hemodinâmica da região do Alto Tietê, até então sob responsabilidade da FIDI/SEDI.

Dada a carência regional e ausência de referência para esse tipo de atendimento em urgência e emergência houve aprovação de plano de trabalho e implantamos o serviço em horário estendido (24 horas), além de eletivo em cardiologia, neurologia e vascular periférico intervencionista, visando atender ao contingente de pacientes com elegibilidade, sobretudo, cardiológica e nas demais especialidades.

Tal pleito ocorreu em consonância à Portaria SAS/MS 210/2004 da Secretaria de Atenção à Saúde, com proposta de execução de 253 procedimentos/mês, sendo 206 em cardiologia intervencionista, 43 em radiologia intervencionista periférica, e 04 em neuroradiologia intervencionista.

770 - Produção do Serviço de Hemodinâmica

	Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
1- Cineangiogramia (cateterismo cardíaco)	206	169	206	163	206	151	206	141	824	624	0
2- Angioplastia coronariana - implante de Stent intracoronários	0	97	0	116	0	119	0	121	0	453	0
1- Angioplastia e Stent de vasos periféricos	47	6	47	8	47	4	47	3	188	21	0
2- Arteriografia e aortografia	0	9	0	12	0	6	0	6	0	33	0
3- Drenagem biliar percutânea	0	5	0	9	0	7	0	4	0	25	0
4- Implante de filtro de veia cava	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5- Portocath	0	16	0	11	0	26	0	12	0	65	0
Radiologia Intervencionista Periférica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteriografia cerebral	0	4	0	3	0	5	0	3	0	15	0
Tratamento endovascular	0	2	0	1	0	1	0	1	0	5	0
Total	253	309	253	323	253	319	253	291	1.012	1.242	1,24

Considerações sobre a linha de contratação:

Desde o início da contratação dos procedimentos observa-se uma produção superior ao pactuado, certamente pela demanda reprimida observada na região, já que os serviços tinham atuação limitada em horário comercial. Ao longo do próximo exercício esperamos formalizar um histórico de atendimentos e compreender com maior propriedade a demanda regional.

(8) Execução Técnica e Orçamentária

- a) Comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, com justificativas para as metas não atingidas ou excessivamente superadas:

OSS/SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
 Contratado e Realizado Hospitalar – Metas Atingidas
1º semestre de 2024

Relatório - Contratado X Realizado

183 - Internações

	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%										
Clínica Médica	440	534	440	477	440	570	440	568	440	557	440	519	2.640	3.225	22,16
Pediatria	50	59	50	53	50	111	50	131	50	106	50	101	300	561	87
Psiquiatria	30	38	30	36	30	53	30	35	30	50	30	49	180	261	45
Total	520	631	520	566	520	734	520	734	520	713	520	669	3.120	4.047	29,71

470 - Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica

	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%										
Eletivas	220	221	220	211	220	222	220	221	240	249	240	247	1.360	1.371	0,81
Urgências	195	195	195	233	195	229	195	194	195	217	195	178	1.170	1.246	6,5
Total	415	416	415	444	415	451	415	415	435	466	435	425	2.530	2.617	3,44

322 - Hospital - Dia Cirúrgico/Cirurgias Ambulatoriais

	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%										
Cirurgia Hospital - Dia	60	63	60	57	60	68	60	63	60	60	60	55	360	366	1,67
Cirurgias Ambulatoriais	150	211	150	219	150	243	150	207	150	190	150	177	900	1.247	38,56
Total	210	274	210	276	210	311	210	270	210	250	210	232	1.260	1.613	28,02

185 - Urgência / Emergência

	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	%												
Consultas de Urgência	1.450	1.545	1.450	1.462	1.450	1.761	1.450	1.695	1.450	1.647	1.450	1.517	8.700	9.627	10,66
Total	1.450	1.545	1.450	1.462	1.450	1.761	1.450	1.695	1.450	1.647	1.450	1.517	8.700	9.627	10,66

2º semestre de 2024

183 - Internações

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%										
Clínica Médica	440	535	440	537	440	517	440	534	440	559	440	578	2.640	3.260	23,48
Pediatria	50	93	50	110	50	83	50	83	50	95	50	117	300	581	93,67
Psiquiatria	30	44	30	49	30	46	30	45	30	56	30	48	180	288	60
Total	520	672	520	696	520	646	520	662	520	710	520	743	3.120	4.129	32,34

470 - Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%										
Eletivas	240	242	240	253	240	262	240	310	240	292	240	262	1.440	1.621	12,57
Urgências	195	197	195	208	195	187	195	197	195	202	195	208	1.170	1.199	2,48
Total	435	439	435	461	435	449	435	507	435	494	435	470	2.610	2.820	8,05

322 - Hospital - Dia Cirúrgico/Cirurgias Ambulatoriais

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%										
Cirurgia Hospital - Dia	60	57	60	63	60	60	60	60	60	60	60	57	360	357	-0,83
Cirurgias Ambulatoriais	150	149	150	227	150	256	150	295	150	288	150	197	900	1.412	56,89
Total	210	206	210	290	210	316	210	355	210	348	210	254	1.260	1.769	40,4

185 - Urgência / Emergência

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	%												
Consultas de Urgência	1.450	1.497	1.450	1.552	1.450	1.557	1.450	1.552	1.450	1.596	1.450	1.656	8.700	9.410	8,16
Total	1.450	1.497	1.450	1.552	1.450	1.557	1.450	1.552	1.450	1.596	1.450	1.656	8.700	9.410	8,16

Considerações sobre as linhas de contratação hospitalar:

A unidade apresentou produção compatível à sua importância regional e cumpriu, na integralidade o previsto em instrumento pactuado, conforme análise supramencionada.

Internações (29,71% 1º semestre e 32,34% 2º semestre) – superamos as metas pactuadas, considerando todos os tipos de internações efetuadas nas especialidades em Clínica Médica, Pediatria e Psiquiatria, fato este correlacionado ao perfil epidemiológico dos pacientes atendidos (idosos e de alta complexidade).

Saídas hospitalares em Clínica Cirúrgica (3,44% 1º semestre e 8,05% 2º semestre) – logramos êxito no cumprimento das programações cirúrgicas de forma global, ressaltando-se àquelas consideradas de alta complexidade e oncológica que fazem parte do rol desta análise. Em maio de 2024, houve incremento na meta de cirurgias oncológicas pautada em necessidade identificada através das linhas de cuidados oncológicos da unidade.

Hospital Dia e Cirurgias Ambulatoriais (28,02% no 1º semestre e 40,4% no 2º semestre) – superamos as metas, sobretudo pela retomada cirúrgica na especialidade de Oftalmologia, cuja viu-se prejudicada nos exercícios anteriores pela pandemia.

Atendimento de Urgência e Emergência (10,66% 1º semestre e 8,16% 2º semestre) realizamos os atendimentos conforme esperado, de acordo com a criticidade e classificação de risco aplicada no Pronto Socorro.

Contratado e realizado Ambulatorial – Metas Atingidas

1º semestre de 2024

Relatório - Contratado X Realizado

271 - Consultas Médicas

	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%										
Primeiras Consultas Rede	1.130	1.196	1.130	944	1.130	1.344	1.130	1.227	1.130	1.180	1.130	1.061	6.780	6.952	2,54
Interconsultas	145	254	145	260	145	230	145	265	145	262	145	259	870	1.530	75,86
Consultas Subseqüentes	5.500	4.866	5.500	4.864	5.500	5.328	5.500	5.796	5.500	5.372	5.500	5.324	33.000	31.550	-4,39
Total	6.775	6.316	6.775	6.068	6.775	6.902	6.775	7.288	6.775	6.814	6.775	6.644	40.650	40.032	-1,52

526 - Consultas Não Médicas

	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	%												
Primeiras Consultas Rede	20	33	20	22	20	29	20	34	20	31	20	28	120	177	47,5
Interconsultas	500	713	500	726	500	786	500	730	500	764	500	700	3.000	4.419	47,3
Consultas Subseqüentes	930	1.382	930	1.096	930	1.112	930	1.267	930	1.141	930	1.058	5.580	7.056	26,45
Total	1.450	2.128	1.450	1.844	1.450	1.927	1.450	2.031	1.450	1.936	1.450	1.786	8.700	11.652	33,93

680 - SADT Externo

	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%										
Tomografia Computadorizada	220	237	220	230	220	249	220	253	220	236	220	235	1.320	1.440	9,09
Ressonância Magnética	180	234	180	206	180	188	180	187	180	213	180	204	1.080	1.232	14,07
Ressonância Magnética com Sedação	20	30	20	21	20	23	20	16	20	22	20	20	120	132	10
Ressonância Magnética	200	264	200	227	200	211	200	203	200	235	200	224	1.200	1.364	13,67
Endoscopia Digestiva Alta	130	170	130	152	130	135	130	129	130	136	130	125	780	847	8,59
Colonoscopia	20	27	20	20	20	22	20	18	20	19	20	20	120	126	5
Endoscopia	150	197	150	172	150	157	150	147	150	155	150	145	900	973	8,11
Outros exames em Mét. Diagn. Especialidades	50	66	50	64	50	60	50	70	50	74	50	47	300	381	27
Métodos Diagnósticos em Especialidades	50	66	50	64	50	60	50	70	50	74	50	47	300	381	27
Total	620	764	620	693	620	677	620	673	620	700	620	651	3.720	4.158	11,77

189 - Tratamentos Clínicos

	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Tratamento em Oncologia - Quimioterapia (QT)	700	816	700	704	700	695	700	734	720	696	720	654	4.240	4.299	1,39
Tratamento em Oncologia - Hormonioterapia (HT)	900	1.000	900	953	900	928	900	991	900	1.008	900	934	5.400	5.814	7,67
Tratamento em Oncologia - Fornecimento QT para Clínica	600	241	600	248	600	305	600	414	600	407	600	366	3.600	1.981	-44,97
Tratamento em Oncologia - Fornecimento HT para Clínica	72	128	72	108	72	121	72	117	72	109	72	134	432	717	65,97
Tratamento em Oncologia - Radioterapia	3.200	3.077	3.200	2.585	3.200	2.620	3.200	3.460	3.245	3.634	3.245	3.408	19.290	18.784	-2,62

Relatório de Atividades Anual

Prestação de Contas – Exercício 2024 – Ano 2025

Relatório - Contratado X Realizado

271 - Consultas Médicas

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%										
Primeiras Consultas Rede	1.130	960	1.130	969	1.130	1.085	1.130	1.142	1.130	1.040	1.130	973	6.780	6.169	-9,01
Interconsultas	145	256	145	276	145	276	145	282	145	290	145	268	870	1.648	89,43
Consultas Subseqüentes	5.500	5.499	5.500	6.065	5.500	5.829	5.500	6.710	5.500	5.421	5.500	5.207	33.000	34.731	5,25
Total	6.775	6.715	6.775	7.310	6.775	7.190	6.775	8.134	6.775	6.751	6.775	6.448	40.650	42.548	4,67

526 - Consultas Não Médicas

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	%												
Primeiras Consultas Rede	20	15	20	32	20	53	20	57	20	59	20	63	120	279	132,5
Interconsultas	500	795	500	699	500	594	500	551	500	511	500	510	3.000	3.660	22
Consultas Subseqüentes	930	1.096	930	1.237	930	1.253	930	1.285	930	1.084	930	1.097	5.580	7.052	26,38
Total	1.450	1.906	1.450	1.968	1.450	1.900	1.450	1.893	1.450	1.654	1.450	1.670	8.700	10.991	26,33

680 - SADT Externo

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%										
Tomografia Computadorizada	220	251	220	242	220	230	220	263	220	233	220	227	1.320	1.446	9,55
Ressonância Magnética	180	206	180	196	180	193	180	205	180	195	180	185	1.080	1.180	9,26
Ressonância Magnética com Sedação	20	20	20	22	20	15	20	10	20	4	20	7	120	78	-35
Ressonância Magnética	200	226	200	218	200	208	200	215	200	199	200	192	1.200	1.258	4,83
Endoscopia Digestiva Alta	130	139	130	126	130	155	130	155	130	132	130	121	780	828	6,15
Colonoscopia	20	21	20	22	20	23	20	21	20	24	20	26	120	137	14,17
Endoscopia	150	160	150	148	150	178	150	176	150	156	150	147	900	965	7,22
Outros exames em Mét. Diagn. Especialidades	50	52	50	75	50	63	50	88	50	55	50	52	300	385	28,33
Métodos Diagnósticos em Especialidades	50	52	50	75	50	63	50	88	50	55	50	52	300	385	28,33
Total	620	689	620	683	620	679	620	742	620	643	620	618	3.720	4.054	8,98

189 - Tratamentos Clínicos

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Tratamento em Oncologia - Quimioterapia (QT)	720	845	720	825	720	778	720	884	720	802	720	789	4.320	4.923	13,96
Tratamento em Oncologia - Hormonioterapia (HT)	900	984	900	1.047	900	1.006	900	1.036	900	970	900	931	5.400	5.974	10,63
Tratamento em Oncologia - Fornecimento QT para Clínica Adicional	600	358	600	320	600	325	600	430	600	428	600	413	3.600	2.274	-36,83
Tratamento em Oncologia - Fornecimento HT para Clínica Adicional	72	112	72	126	72	153	72	125	72	136	72	149	432	801	85,42
Tratamento em Oncologia - Radioterapia	3.245	3.279	3.245	3.393	3.245	3.344	3.245	3.257	3.245	3.035	3.245	2.868	19.470	19.176	-1,51

Considerações sobre as linhas de contratação ambulatorial:

A unidade cumpriu com a produção pactuada nas linhas de contratações ambulatoriais, no que tange:

Consultas Médicas (-1,52% 1º semestre e 4,67% 2º semestre) logramos êxito e acentuamos os trabalhos empenhados junto aos municípios para redução do absenteísmo, sobretudo para as Primeiras Consultas.

Consultas não médicas (33,93% 1º semestre e 26,33% 2º semestre) superamos as metas pactuadas em decorrência da necessidade de orientação prévia firmada pela equipe multiprofissional.

SADT externo (11,77% 1º semestre e 8,98% 2º semestre), logramos êxito no cumprimento do pactuado, não havendo no período inoperância dos equipamentos, apesar da excessiva utilização destes.

No que versa ao indicador de *Acompanhamentos efetuados em Quimioterapia e Radioterapia*, o hospital manteve sua característica terciária e os atendimentos oncológicos em sua integralidade. Ressaltamos que, em conjunto ao incremento oncológico cirúrgico, houve aumento da pactuação em sessões em Quimioterapia (acréscimo de 20 mensais) e Radioterapia (acréscimo de 45 mensais) a partir de maio de 2024.

Seguiu mantida a parceria com o Ambulatório de Mogi das Cruzes – AME Mogi das Cruzes que exerce o papel de Clínica Adicional de Infusão de quimioterápicos e, por outro lado ao hospital compete produzir as bolsas de quimioterapia, bem como ceder os medicamentos hormonioterápicos para o referido ambulatório, no intuito de oferecer maior celeridade ao tratamento oncológico na região, cujos resultados temos a comentar:

A referida produção não alcançou o volume esperado junto ao AME por dificuldades na captação de pacientes com menor gravidade (elegibilidade) para direcionar à referida Clínica Adicional, cuja performance alçada foi de 66,91% no 1º semestre e 76,26% no 2º semestre.

b) Avaliação da Parte Variável: **Metas Alcançadas e Cumpridas em sua integralidade.**

PARTE VARIÁVEL - Resultados do 1º e 2º semestre de 2024				
Meta	Indicador	Parâmetro	Resultado 1º Semestre	Resultado 2º Semestre
Qualidade de Informação	Inserção de dados no Sistema Gestão em Saúde	Inserir os dados no Gestão, no prazo	Sim	Sim
	Entrega de relatórios de Qualidade/Informações	Envio dos relatório no prazo	Sim	Sim
	Alteração de dados no Sistema Gestão em Saúde - "De/Para"	3 (três) De/Para por trimestre	Sim	Sim
	Entrega de documentos à CGCSS	Envio dos documentos no prazo	Sim	Sim
	Acompanhamento da 'Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes - CIHDOTT"	Relatório validado pela CRS - Central de transplantes	Sim	Sim
Representatividade 20%				
Humanização e Ouvidoria	Pesquisa de Satisfação e Plano Institucional de Humanização (PIH)	Relatório validado pelo grupo de Humanização da SES - (Queixas Resolvidas > 80%)	*	*
	Serviço de Atenção ao Usuário - SAU - Queixas Recebidas/Resolvidas		100,00%	100,00%
	Cadastro Notivisa 2.0 e notificação de eventos adversos	Relatório validado pelo CVS/SES	Sim	Sim
Representatividade 10%				
Regulação de Acesso	Atualização do Módulo de leitos no MRL - Portal SIRESP	Relat. CROSS - Preenchimento > 85% dos dias	100,00%	100,00%
	Disponibilização de primeiras consultas em oncologia	Relatório validado pelo Grupo de Regulação - Oncologia/CRS	Sim	Sim
	Disponibilização de primeiras consultas e SADTs externos	Comparativo contratado x ofertado	Sim	Sim
	Tempo de resposta do NIR às solicitações	Relatório CROSS > 85% c/ resposta até 60 min	94,50%	92,80%
Representatividade 20%				
Atividade Cirúrgica	Relatório trimestral padrão de Atividade Cirúrgica com suas respectivas pontuações.	> 90 pontos - 100%	100 pontos - 100%	100 pontos - 100%
		< 89 - > 80 pontos - 50%		
		< 79 pontos - 0%		
	Tempo de espera para cirurgia de fratura de fêmur em idosos	≥ 80% dos pacientes elegíveis - 100%	91,06% dos pacientes elegíveis - 100%	86,95% dos pacientes elegíveis - 100%
< 79% e ≥ 50% dos pacientes elegíveis - 50%				
≤ 49% dos pacientes elegíveis - 0				
Representatividade 10%				

Protocolo IAM e AVC	Mortalidade por IAM	Inserir os dados no Gestão, no prazo	Sim	Sim
	Casos em AVC			
Representatividade 10%				
Protocolo de Saúde Mental	Relatório trimestral padrão com suas respectivas pactuações	> 80 pontos - 100%	100 pontos - 100%	100 pontos - 100%
		< 79 - > 60 pontos - 50%		
		< 59 pontos - 0%		
Representatividade 10%				
Monitoramento de Atividades Seleccionadas	Monitoramento da execução de procedimentos seleccionados de acordo com o pactuado	> ou = 90%	>100%	>100%
Representatividade 20%				

c) Exposição sobre a Execução Orçamentária e seus resultados:

HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO		
RELATÓRIO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA - EXERCÍCIO DE 2024		
RELATÓRIO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA - 2024		
RECEITAS	CUSTEIO	INVESTIMENTO
REPASSES CONTRATO DE GESTÃO / CONVÊNIO	234.297.296,64	1.459.500,00
RECEITAS FINANCEIRAS	1.095.960,32	-
OUTRAS RECEITAS	344.017,73	-
TOTAL DE RECEITAS	235.737.274,69	1.459.500,00
DESPESAS	CUSTEIO	INVESTIMENTO
DESPESAS COM PESSOAL	104.763.134,88	-
SERVIÇOS DE TERCEIROS	80.908.244,83	-
MATERIAIS E MEDICAMENTOS	43.145.549,25	-
OUTRAS DESPESAS	8.376.928,66	2.594.182,05
TOTAL DE DESPESAS	237.193.857,62	2.594.182,05

Fonte de dados: Fluxo de Caixa

d) Breve exposição sobre a apuração dos custos hospitalares:

A entidade utiliza como metodologia de apuração de custos o custeio por absorção, cujo método é o mais utilizado nas organizações de saúde. Este método consiste em agrupar nos centros produtivos todos os custos e despesas ocorridas em uma unidade hospitalar (diretos, fixos e variáveis). Desse modo, em uma unidade hospitalar cujo objetivo é conhecer o custo unitário do serviço, os custos indiretos (atrelados aos custos auxiliares e administrativos, que dão suporte à atividade fim), são alocados através de rateio aos centros produtivos (aqueles que efetivamente ocorre a produção). Na medida que se completa o rateio dos centros de custos auxiliares e administrativos encerra-se, efetivamente, o ciclo dos registros de custos dos serviços.

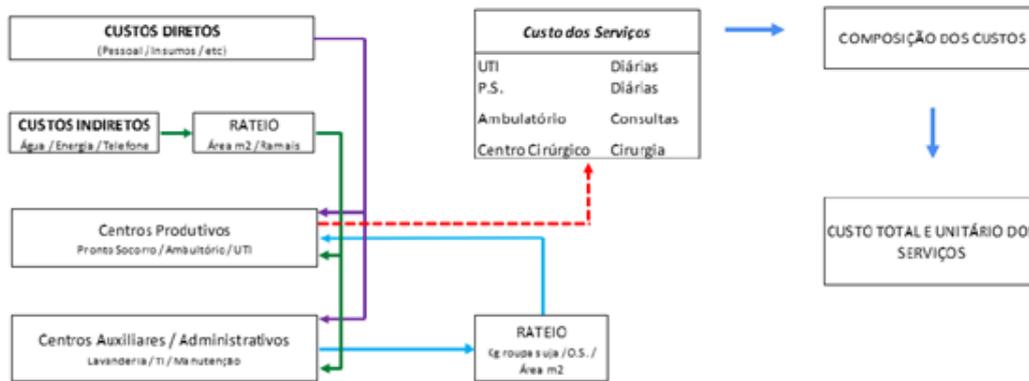
No sistema de apuração de custos, cada setor interdepartamental passa a constituir um centro de custo, portanto trata-se de uma conta destinada a agrupar todas as parcelas dos

elementos de custos que incorrem em cada período (pessoal, materiais, medicamentos, serviços e rateios recebidos).

Logo, o custo unitário por serviço (unidades coletoras) é o resultado do custo total dividido pela produção total.

- ✓ O custo total é composto por custo com pessoal, materiais e medicamentos, materiais de consumo geral, serviços e rateios recebidos das unidades auxiliares e administrativas;
- ✓ Produção contempla a quantidade produzida no serviço.

Exemplificamos, a seguir, o fluxo de apuração de custos pelo método de absorção:



d.1) Demonstração do custo unitário por linha de contratação:

332 – Composição dos serviços de Internações e SADT externo

332- Composição Serviços	Unidade	Produção	Custo Unitário - R\$
Internações - nº saídas	Média	1.140	50.653,12
Clínica Médica	Média	546	11.292,35
Clínica Cirúrgica	Média	453	13.804,34
Clínica Pediátrica	Média	95	13.051,29
Clínica Psiquiátrica	Média	46	12.505,15
SADT Externo	Média	684	311,17

334 – Custos Unitários do Pronto Socorro e Ambulatório:

334 - Demonstração Custos Unitários dos Serviços	Unidade	Produção	Custo Unitário c/ Mat/Med e c/ Exame - R\$
Pronto Socorro Geral	Média	1.586	778,80
Ambulatório - Consultas Médicas	Média	6.882	588,95
Ambulatório - Consultas Não Médicas	Média	1.888	108,27

18

338 – Custo Unitário Tratamentos Oncológicos:

338- Demonstração Custo Unitário Serviços Auxiliares Diagnóstico e Terapia	Unidade	Produção	Custo Unitário - R\$
Quimioterapia - sessões	Média	1.123	1.155,87
Radioterapia - sessões	Média	3.183	322,69
Hormonioterapia - sessões	Média	1.109	166,54

475 – Custo Unitário das Atividades cirúrgicas:

475 - Demonstração Custos Unitários Atividades Cirúrgicas	Mês	Produção	Custo Unitário c/ Mat/Med e c/ Exame - R\$
Centro Cirúrgico	Média	458	4.988,02
Centro Cirúrgico Ambulatorial	Média	61	811,57

e) Rateios Administrativos:

A SPDM realiza o rateio de despesas administrativas em conformidade à Resolução SS 107/19 e destaca que os critérios adotados pela entidade são **divulgados em sua política para rateio dos custos da estrutura administrativa da SPDM**, aprovada em 26 de agosto de 2023.

A relação das despesas, objeto de rateio, são encaminhadas anualmente à Secretaria de Estado da Saúde (CGCSS) contendo o detalhamento de cada despesa, valor, data de pagamento, favorecido e documento fiscal comprobatório. Os comprovantes dessas despesas são encaminhados ao órgão contratante munido de toda a documentação suporte. As métricas de rateio, em conformidade com a Política de Rateio da SPDM são elaboradas e divulgadas aos órgãos fiscalizadores e de controle do Estado, incluindo o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

(9) Considerações finais:

Observando as atividades hospitalares no exercício prevalece a constante elevada taxa de ocupação hospitalar (93%) que evidencia a escassez de equipamentos em saúde com característica terciária na região do Alto Tietê, impactando consideravelmente no número de atendimentos. Cita-se ainda o tempo de permanência dos pacientes (7,1 dias) evidenciando a complexidade desses atendimentos.

Ao longo do ano mantivemos o compromisso firmado no que tange a garantir os atendimentos em alta complexidade com priorização das cirurgias de maior gravidade, sobretudo oncológicas, e focamos na atenção e tratamento aos pacientes cardiológicos, através do desenvolvimento de linhas de cuidados (Acidente Vascular Cerebral – AVC e Infarto Agudo do Miocárdio – IAM). Com a implantação dos serviços em Hemodinâmica 24 horas (a partir de setembro) pudemos oferecer maior resolubilidade clínica aos pacientes da linha cardiológica, bem como das especialidades neurológicas e vasculares.

Asseveramos que, mesmo mediante a todas as dificuldades econômico-financeiras e impactos inflacionários (4,83% - segundo IBGE) houve empenho na manutenção dos resultados clínicos, no cumprimento de metas e nas ações internas voltadas a contenção das despesas.

A unidade manteve o compromisso com a qualidade assistencial, e a continuidade às ações mitigadoras de desperdícios (folha de pagamento, fornecedores, estoques, revisões contratuais, protocolos clínicos, suspensões cirúrgicas, infecções, agendamento e suspensões de exames) e busca pela melhoria dos desfechos com menor custo. Para tal acentuamos esforços para o refinamento do sistema de gerenciamento/tecnologias (TASY) e refinamento no processo oncológico; implementação do sistema de alerta medicamentoso; tratamento dos riscos legais, vislumbrados no mapeamento de processos LGPD; estruturação de equipe dedicada à operacionalização do DRG – Grupo de Diagnósticos Relacionados e extensão do processo de assinatura digital pelo paciente no Pronto Socorro e Internação.

Mantivemos a estratégia e priori relativas ao cumprimento de requisitos legais e de processos garantindo a segurança clínica na operacionalização dos serviços de saúde pela unidade.

Dentre elas citamos o gerenciamento de tecnologias médicas, que apesar da obsolescência do parque tecnológico da unidade, asseguramos as manutenções preventivas, corretivas, calibrações e controles de qualidade obrigatórios.

Concretizou-se ainda no exercício em epígrafe a reforma da Central de Material Esterilizável – CME, obra há 10 anos idealizada e consonante à RDC 15, cuja execução se deu através da liberação de recurso de investimento voltado para esse fim.

Enfim, gerenciamos os consumos, os serviços e utilizamos a expertise em gestão pública de saúde para manter o propósito institucional quanto à qualidade assistencial e responsabilidade com o próximo, além de ética, Compliance e compromisso com o uso racional do recurso público.

Perante o compromisso frente ao controle gerencial em todos os âmbitos, subscrevemos.

20

Dr. João Luiz de Miranda Rocha
Diretor Técnico
39.355