



**OSS/SPDM – Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo
Art. 138 das Instruções nº 01/24 do Tribunal de Contas do Estado
de São Paulo**

PRESTAÇÃO DE CONTAS 2025

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 2025 – 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 08/10/2026.

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

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, Itaquaquecetuba, 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).
- ✓ Radiologia Intervencionista – Hemodinâmica: Cardiológica, Vascular e Cerebral/24 horas (2024).

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 2025 realizamos em média 10.736 atendimentos/ano (895 atendimentos/mês) em Oncologia Clínica, com representatividade de 113 pacientes novos, regulados pela Rede Hebe Camargo (casos clínicos) e 781 retornos/mês.

Já em Oncologia Cirúrgica a média de atendimentos dos casos confirmados, incluindo casos novos e retornos foi 5299 pacientes/ano (442 atendimentos/mês), com representatividade de 106 pacientes regulados pelo Portal CROSS e 335 retornos/mês.

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.

De abril a setembro de 2025 o hospital participou do Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) no componente cirurgias na especialidade Vascular, bem como ampliou a execução de procedimentos ortopédicos relacionados a joelho, quadril, coluna (escoliose) a fim de atender a demanda de judicialização no Estado, ação esta que perdurou de abril a dezembro de 2025.

(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 2025, a unidade apresentou uma taxa de ocupação de 95%, demonstrando a relevância do hospital na região e, paralelamente reduziu o tempo de permanência (6,6 dias), se comparado à série histórica, impulsionada sobretudo, pela adesão ao Projeto Lean nas Emergências conferindo melhor performance na gestão de leitos hospitalar.

Outro projeto desenvolvido em 2025 foi o de TeleUTI, em parceria com a SES e HCMUSP para acompanhamento de condutas, protocolos, adesão às medidas protetivas até o desfecho clínico, com atuação multiprofissional, conferindo maior segurança clínica

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

Em termos assistenciais, em 2025, acentuou-se esforços no giro de leitos, que desencadearam numa melhor performance no tempo de permanência dos pacientes, intensificou-se as ações frente para 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, assim como desenvolveu-se ações junto ao Serviço Social para desospitalização dos pacientes elegíveis para esse fim.

As boas práticas instituídas e aprimoradas ao longo da trajetória da SPDM no hospital fortaleceram o 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.

Ao longo de 2020 a unidade trabalhou 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 2025 a unidade manteve a certificação ONA nível 3 em Excelência (março) sendo recertificada pela metodologia Canadense Diamond (abril), bem como consolidou a certificação das Unidades de Terapia Intensiva em Alta Performance para a UTI Adulto, UTI Eficiente para a UTI do Pronto Socorro. Já para a Unidade Coronariana e UTI Pediátrica seguiram reconhecidas pela qualidade e garantia da segurança dos pacientes, através do gerenciamento dos processos e indicadores de desempenho pela AMIB, garantindo assim a plenitude em assistência aos pacientes com maior gravidade.

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 e destaque na captação e córneas em 2025. 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* pela otimização da qualidade e tratamento de pacientes com AVC, desenvolvendo uma rede de referência Regional Eficiente. Em 2025, contribuiu na qualificação do SAMU

para melhor identificar os pacientes com sintomas em AVC, oferecendo celeridade em seu direcionamento ao hospital, evoluindo para o nível Diamante no referido projeto.

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 2025 a Comissão acentuou o apoio ao desenvolvimento da equipe para o Cuidado centrado na pessoa e preparo dos pacientes e cuidadores para o processo de desospitalização, consolidou a participação na Linha de Cuidados hospitalar, incluindo pacientes oncológicos e com Acidente Vascular Cerebral – AVC, com Infarto Agudo do Miocárdio – IAM e sepse, contribuindo de forma relevante 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 2025 atingiram o esperado (média 93%) e Net Promoter Score – NPS¹ também retratou o esforço institucional na manutenção dos níveis de qualidade (78%), 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 intersectorial 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 2025.

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 2025 elevou-se a pontuação da unidade de 54 para 60 pontos - classificação - **PIN 6**, pelo aumento do uso de insumos orgânicos voltados à produção alimentar expandindo para colaboradores, além dos pacientes, bem como pelo volume da produção local de preparações alimentares reduzindo uso de industrializados.

Gestão de Pessoas:

Nossa equipe de trabalho é composta por 1.904 colaboradores, sendo 1.343 celetistas, 538 terceiros e 23 estatutários, sendo destes 1.425 do sexo feminino e 479 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, 2024 com fortalecimento em 2025, ocasião na qual houve implementação da plataforma de treinamentos online (AVA).

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.

Em 2025 a unidade mobilizou-se para ampliação da residência em Oncologia e retomada do programa em Oftalmologia.

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 e plano de abandono;
- Compromisso em mapear e gerir riscos psicossociais.

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

(7) Execução Técnica e Orçamentária

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

Contratado e Realizado Hospitalar – Metas Atingidas
1º semestre de 2025

183 - Internações															
	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Clínica Médica	440	536	440	488	440	523	440	588	440	692	440	653	2.640	3.480	31,82
Pediatria	50	42	50	58	50	123	50	135	50	96	50	139	300	593	97,67
Psiquiatria	30	57	30	46	30	47	30	54	30	40	30	53	180	297	65
Total	520	635	520	592	520	693	520	777	520	828	520	845	3.120	4.370	40,06
470 - Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica															
	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Eletivas	240	291	240	254	240	229	240	231	240	240	240	210	1.440	1.455	1,04
Urgências	195	219	195	185	195	238	195	251	195	296	195	249	1.170	1.438	22,91
Total	435	510	435	439	435	467	435	482	435	536	435	459	2.610	2.893	10,84
322 - Hospital - Dia Cirúrgico/Cirurgias Ambulatoriais															
	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Cirurgia Hospital - Dia	60	60	60	60	60	41	60	65	60	66	60	60	360	352	-2,22
Cirurgias Ambulatoriais	150	254	150	286	150	273	150	310	150	271	150	300	900	1.694	88,22
Total	210	314	210	346	210	314	210	375	210	337	210	360	1.260	2.046	62,38
185 - Urgência / Emergência															
	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Consultas de Urgência	1.450	1.621	1.450	1.560	1.450	1.703	1.450	1.712	1.450	2.004	1.450	1.850	8.700	10.450	20,11
Total	1.450	1.621	1.450	1.560	1.450	1.703	1.450	1.712	1.450	2.004	1.450	1.850	8.700	10.450	20,11

2º semestre de 2025

183 - Internações

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Clínica Médica	440	596	440	655	440	601	440	598	440	532	440	600	2.640	3.582	35,68
Pediatria	50	104	50	112	50	130	50	120	50	110	50	98	300	674	124,7
Psiquiatria	30	61	30	57	30	59	30	82	30	61	30	81	180	401	122,8
Total	520	761	520	824	520	790	520	800	520	703	520	779	3.120	4.657	49,26

470 - Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Eletivas	240	228	240	243	240	206	240	252	240	228	240	213	1.440	1.370	-4,86
Urgências	195	246	195	264	195	240	195	268	195	219	195	276	1.170	1.513	29,32
Total	435	474	435	507	435	446	435	520	435	447	435	489	2.610	2.883	10,46

322 - Hospital - Dia Cirúrgico/Cirurgias Ambulatoriais

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Cirurgia Hospital - Dia	60	64	60	62	60	53	60	59	60	60	60	56	360	354	-1,67
Cirurgias Ambulatoriais	150	288	150	289	150	249	150	327	150	260	150	181	900	1.594	77,11
Total	210	352	210	351	210	302	210	386	210	320	210	237	1.260	1.948	54,6

185 - Urgência / Emergência

	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Consultas de Urgência	1.450	1.660	1.450	1.780	1.450	1.704	1.450	1.801	1.450	1.735	1.450	1.815	8.700	10.495	20,63
Total	1.450	1.660	1.450	1.780	1.450	1.704	1.450	1.801	1.450	1.735	1.450	1.815	8.700	10.495	20,63

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 (40,06% 1º semestre e 49,26% 2º semestre) – observa-se superação das metas pactuadas especialmente pela correlação ao perfil epidemiológico dos pacientes atendidos (idosos e de alta complexidade).

Saídas hospitalares em Clínica Cirúrgica (10,84% 1º semestre e 10,46% 2º semestre) – nota-se que 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. Há de se considerar ainda a participação do hospital em mutirões da vascular (abril a setembro – meta 96 procedimentos no período), contabilizados junto a essa meta e de ortopedia (abril a dezembro – 114 procedimentos no período), cuja produção no primeiro semestre seguiu apresentada nesta linha de contratação. A análise apartada do mutirão será elucidada em tópico específico e posterior.

Hospital Dia e Cirurgias Ambulatoriais (62,38% no 1º semestre e 54,6% no 2º semestre) – observou-se superação das metas, justificada pela equalização dos atendimentos (demanda reprimida cirúrgica) e mutirão cirúrgico de Oftalmologia (pterígios).

Atendimento de Urgência e Emergência (20,11% 1º semestre e 20,63% 2º semestre) realizamos os atendimentos de acordo com a criticidade e classificação de risco aplicada no Pronto Socorro, já que a unidade continua sendo referência para os casos graves envolvendo Urgência e Emergência.

Contratado e realizado Ambulatorial – Metas Atingidas
1º semestre de 2025

271 - Consultas Médicas	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Primeiras Consultas Rede	1.068	957	1.068	1.140	1.068	1.020	1.068	1.010	1.068	1.100	1.068	1.071	6.408	6.298	-1,72
Interconsultas	145	276	145	258	145	263	145	221	145	335	145	304	870	1.657	90,46
Consultas Subseqüentes	5.438	5.727	5.438	5.830	5.438	5.674	5.438	6.201	5.438	6.196	5.438	5.961	32.628	35.589	9,08
Total	6.651	6.960	6.651	7.228	6.651	6.957	6.651	7.432	6.651	7.631	6.651	7.336	39.906	43.544	9,12

526 - Consultas Não Médicas	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Primeiras Consultas Rede	20	64	20	53	20	58	20	53	20	58	20	55	120	341	184,17
Interconsultas	500	581	500	655	500	657	500	617	500	620	500	603	3.000	3.733	24,43
Consultas Subseqüentes	930	1.265	930	1.110	930	1.095	930	1.160	930	1.175	930	1.114	5.580	6.919	24
Total	1.450	1.910	1.450	1.818	1.450	1.810	1.450	1.830	1.450	1.853	1.450	1.772	8.700	10.993	26,36

680 - SADT Externo	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Tomografia Computadorizada	220	237	220	238	220	264	220	234	220	242	220	238	1.320	1.453	10,08
Ressonância Magnética	190	115	190	227	190	173	190	182	190	207	190	197	1.140	1.101	-3,42
Ressonância Magnética com Sedação	10	2	10	7	10	2	10	9	10	4	10	6	60	30	-50
Ressonância Magnética	200	117	200	234	200	175	200	191	200	211	200	203	1.200	1.131	-5,75
Endoscopia Digestiva Alta	130	136	130	123	130	131	130	151	130	134	130	142	780	817	4,74
Colonoscopia	20	33	20	28	20	22	20	35	20	26	20	23	120	167	39,17
Endoscopia	150	169	150	151	150	153	150	186	150	160	150	165	900	984	9,33
Outros exames em Mét. Diagn. Especialidades	50	64	50	67	50	54	50	71	50	48	50	40	300	344	14,67
Métodos Diagnósticos em Especialidades	50	64	50	67	50	54	50	71	50	48	50	40	300	344	14,67
Total	620	587	620	690	620	646	620	682	620	661	620	646	3.720	3.912	5,16

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)	720	743	720	707	720	770	720	786	720	769	720	709	4.320	4.484	3,8
Tratamento em Oncologia - Hormonioterapia (HT)	900	1.069	900	939	900	958	900	952	900	986	900	960	5.400	5.864	8,59
Tratamento em Oncologia - Fornecimento QT para Clínica Adicional	600	491	600	424	600	439	600	492	600	479	600	501	3.600	2.826	-21,5
Tratamento em Oncologia - Fornecimento HT para Clínica Adicional	72	136	72	134	72	149	72	136	72	152	72	143	432	850	96,76
Tratamento em Oncologia - Radioterapia	3.245	2.832	3.245	2.255	3.245	2.374	3.245	2.603	3.245	2.466	3.245	2.251	19.470	14.781	-24,08

767 - OCI - Oferta de Cuidados Integrados	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
OCI Progressão Da Avaliação Diagnóstica De Câncer De Mama I	5	0	5	0	5	0	5	5	5	4	5	2	30	11	-63,33
OCI Progressão Da Avaliação Diagnóstica De Câncer De Próstata	3	0	3	3	3	2	3	1	3	4	3	1	18	11	-38,89
OCI Avaliação Diagnóstica De Câncer Gastrico	3	0	3	4	3	2	3	0	3	5	3	0	18	11	-38,89
OCI Avaliação Diagnóstica De Câncer Colorretal	5	0	5	0	5	4	5	2	5	2	5	0	30	8	-73,33
Sub Total - OCI Oncologia	22	0	22	7	22	8	22	8	22	15	22	3	132	41	-68,94
OCI Avaliação Cardiológica	10	0	10	0	10	0	10	10	10	0	10	3	60	13	-78,33
OCI Avaliação Diagnóstica Inicial - Síndrome Coronariana Crônica	10	0	10	0	10	0	10	0	10	0	10	8	60	8	-86,67
OCI Progressão Da Avaliação Diagnóstica I - Síndrome Coronariana	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	7	0
OCI Avaliação Diagnóstica - Insuficiência Cardíaca	10	0	10	0	10	0	10	6	10	0	10	5	60	11	-81,67
Sub Total - OCI Cardiologia	30	0	30	0	30	0	30	23	30	0	30	16	180	39	-78,33
OCI Avaliação Inicial Em Oftalmologia - A Partir De 9 Anos	5	0	5	8	5	2	5	13	5	15	5	12	30	50	66,67
Sub Total - OCI Oftalmologia	5	0	5	8	5	2	5	13	5	15	5	12	30	50	66,67
Total	57	0	57	15	57	10	57	44	57	30	57	31	342	130	-61,99



2º semestre de 2025

271 - Consultas Médicas

271 - Consultas Médicas	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Primeiras Consultas Rede	1.068	1.100	1.068	1.116	1.068	1.061	1.068	993	1.068	850	1.068	1.030	6.408	6.150	-4,03
Interconsultas	145	366	145	334	145	266	145	315	145	232	145	256	870	1.769	103,33
Consultas Subseqüentes	5.438	6.417	5.438	6.113	5.438	6.197	5.438	6.795	5.438	5.696	5.438	5.651	32.628	36.869	13
Total	6.651	7.883	6.651	7.563	6.651	7.524	6.651	8.103	6.651	6.778	6.651	6.937	39.906	44.788	12,23

526 - Consultas Não Médicas	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Primeiras Consultas Rede	20	43	20	58	20	54	20	65	20	44	20	51	120	315	162,5
Interconsultas	500	648	500	707	500	590	500	709	500	609	500	693	3.000	3.956	31,87
Consultas Subseqüentes	930	1.266	930	1.264	930	1.239	930	1.256	930	1.156	930	1.216	5.580	7.397	32,56
Total	1.450	1.957	1.450	2.029	1.450	1.883	1.450	2.030	1.450	1.809	1.450	1.960	8.700	11.668	34,11

680 - SADT Externo	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Tomografia Computadorizada	220	240	220	216	220	250	220	242	220	219	220	221	1.320	1.388	5,15
Ressonância Magnética	190	172	190	209	190	198	190	209	190	174	190	167	1.140	1.129	-0,96
Ressonância Magnética com Sedação	10	13	10	9	10	9	10	13	10	12	10	5	60	61	1,67
Ressonância Magnética	200	185	200	218	200	207	200	222	200	186	200	172	1.200	1.190	-0,83
Endoscopia Digestiva Alta	130	155	130	150	130	125	130	135	130	132	130	128	780	825	5,77
Colonoscopia	20	20	20	26	20	23	20	20	20	23	20	19	120	131	9,17
Endoscopia	150	175	150	176	150	148	150	155	150	155	150	147	900	956	6,22
Outros exames em Mét. Diagn. Especialidades	50	72	50	63	50	73	50	62	50	48	50	59	300	377	25,67
Métodos Diagnósticos em Especialidades	50	72	50	63	50	73	50	62	50	48	50	59	300	377	25,67
Total	620	672	620	673	620	678	620	681	620	608	620	599	3.720	3.911	5,13

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	721	720	762	720	800	720	895	720	739	720	894	4.320	4.811	11,37
Tratamento em Oncologia - Hormonioterapia (HT)	900	1.081	900	977	900	1.018	900	1.127	900	970	900	1.079	5.400	6.252	15,78
Tratamento em Oncologia - Fornecimento QT para Clínica Adicional	600	545	600	432	600	464	600	472	600	394	600	380	3.600	2.687	-25,36
Tratamento em Oncologia - Fornecimento HT para Clínica Adicional	72	159	72	171	72	154	72	184	72	159	72	156	432	983	127,55
Tratamento em Oncologia - Radioterapia	3.245	2.226	3.245	2.364	3.245	2.973	3.245	2.943	3.245	2.151	3.245	2.283	19.470	14.940	-23,27

767 - OCI - Oferta de Cuidados Integrados	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
OCI Progressão Da Avaliação Diagnóstica De Câncer De Mama I	5	3	5	5	5	3	5	2	5	2	5	4	30	19	-36,67
OCI Progressão Da Avaliação Diagnóstica De Câncer De Próstata	3	1	3	0	3	1	3	3	3	5	3	0	18	10	-44,44
OCI Avaliação Diagnóstica Inicial De Câncer De Colo De Útero	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	18	0	-100
OCI Avaliação Diagnóstica E Terapêutica De Cancer De Colo Do	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	18	0	-100
OCI Avaliação Diagnóstica De Câncer Gastrico	3	3	3	0	3	1	3	1	3	0	3	1	18	6	-66,67
OCI Avaliação Diagnóstica De Câncer Colorretal	5	3	5	0	5	2	5	4	5	1	5	1	30	11	-63,33
Sub Total - OCI Oncologia	22	10	22	5	22	7	22	10	22	8	22	6	132	46	-65,15
OCI Avaliação Cardiológica	10	20	10	0	10	21	10	0	10	5	10	13	60	59	-1,67
OCI Avaliação Diagnóstica Inicial - Síndrome Coronariana Crônica	10	15	10	2	10	3	10	11	10	8	10	5	60	44	-26,67
OCI Avaliação Diagnóstica - Insuficiencia Cardíaca	10	8	10	1	10	0	10	11	10	7	10	3	60	30	-50
Sub Total - OCI Cardiologia	30	43	30	3	30	24	30	22	30	20	30	21	180	133	-26,11
OCI Avaliação Inicial Em Oftalmologia - A Partir De 9 Anos	5	17	5	0	5	26	5	14	5	9	5	6	30	72	140
Sub Total - OCI Oftalmologia	5	17	5	0	5	26	5	14	5	9	5	6	30	72	140
Total	57	70	57	8	57	57	57	46	57	37	57	33	342	251	-26,61

Considerações sobre as linhas de contratação ambulatorial:

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

Consultas Médicas (9,12% 1º semestre e 12,23% 2º semestre) mantivemos o empenho junto aos municípios para redução do absenteísmo, sobretudo para as Primeiras Consultas. Nesta linha de contratação houve a composição da produção não captada dos atendimentos pactuados como OCIs.

Consultas não médicas (26,36% 1º semestre e 34,11% 2º semestre) continuamos superando as metas pactuadas em decorrência da necessidade de orientação prévia firmada pela equipe multiprofissional.

SADT externo (5,16% 1º semestre e 10,21% 2º semestre), logramos êxito no cumprimento do pactuado, não havendo no período de 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, excetuando-se para a Radioterapia, cuja oferta se viu reduzida dado os inúmeros equipamentos/acceleradores disponíveis no Estado (*performance 1º semestre 75,92% e 2º semestre 76,73%*)

No que tange ao atendimento oncológico em parceria com o Ambulatório de Mogi das Cruzes – AME Mogi das Cruzes - Clínica Adicional de Infusão de quimioterápicos, elucidamos que o hospital continua produzindo as bolsas de quimioterápicos e cedendo os fármacos (hormonioterápicos) através do Projeto do Governo Estadual, cujos resultados elucidamos:

A produção não alcançou o volume esperado no AME Mogi das Cruzes por dificuldades na captação de pacientes com menor gravidade (elegibilidade para a Clínica Adicional). A performance alçada foi de 78,5% no 1º semestre e 63,64% no 2º semestre.

OCI – Oferta de Cuidados Integrados, por tratar-se de um novo projeto componente do Programa mais acesso a Especialistas (PMAE), cujo atendimento engloba consulta médica e exames houve dificuldades na captação e classificação dos pacientes conforme elegibilidade prevista no programa idealizado.

Dito isto, ao longo do exercício, o Estado constatou a entrave supramencionada, permitindo-nos cumprir com a produção prevista em OCI na linha de contratação de consultas ambulatoriais médicas, a saber:

- 1º semestre – déficit de 212 atendimentos em OCI, executados a maior na linha de contratação de consultas médicas ambulatoriais;
- 2º semestre – déficit de 91 atendimentos em OCI, executados a maior na linha de contratação de consultas médicas ambulatoriais.

Outros serviços:

1- Serviços de Hemodinâmica:

1º semestre de 2025

770 - Produção do Serviço de Hemodinâmica	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
1- Cineangiogramiografia (cateterismo cardíaco)	126	0	126	118	126	122	126	118	126	149	126	116	756	623	-17,59
2- Angioplastia coronariana - implante de Stent intracoronários	80	0	80	84	80	113	80	107	80	123	80	110	480	537	11,88
1- Angioplastia e Stent de vasos periféricos	8	0	8	6	8	6	8	2	8	9	8	3	48	26	-45,83
2- Arteriografia e aortografia	12	0	12	10	12	12	12	7	12	12	12	5	72	46	-36,11
3- Drenagem biliar percutânea	7	0	7	7	7	7	7	23	7	15	7	18	42	70	66,67
4- Implante de filtro de veia cava	1	0	1	2	1	8	1	14	1	12	1	11	6	47	683,33
5- Portocath	15	0	15	13	15	12	15	20	15	11	15	13	90	69	-23,33
Arteriografia cerebral	4	0	4	3	4	2	4	1	4	5	4	6	24	17	-29,17
Total	253	0	253	243	253	282	253	292	253	337	253	282	1.518	1.436	-5,4

2º semestre de 2025

770 - Hemodinâmica	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
1- Cineangiogramiografia (cateterismo cardíaco)	126	73	126	121	126	111	126	95	126	103	126	116	756	619	-18,12
2- Angioplastia coronariana - implante de Stent intracoronários	80	73	80	123	80	101	80	96	80	104	80	133	480	630	31,25
1- Angioplastia e Stent de vasos periféricos	8	2	8	8	8	4	8	11	8	6	8	11	48	42	-12,5
2- Arteriografia e aortografia	12	6	12	16	12	7	12	16	12	8	12	13	72	66	-8,33
3- Drenagem biliar percutânea	7	9	7	16	7	7	7	13	7	18	7	14	42	77	83,33
4- Implante de filtro de veia cava	1	5	1	10	1	19	1	12	1	17	1	16	6	79	1.216,67
5- Portocath	15	28	15	19	15	22	15	19	15	27	15	22	90	137	52,22
Arteriografia cerebral	4	2	4	4	4	4	4	6	4	2	4	5	24	23	-4,17
Total	253	198	253	317	253	275	253	268	253	285	253	330	1.518	1.673	10,21

Considerações sobre a linha de contratação:

Desde o início do funcionamento da hemodinâmica por 24 horas observou-se uma produção superior ao pactuado, certamente pela demanda reprimida observada na região, já que até 2024 os serviços tinham atuação limitada em horário comercial. Ao longo de 2025 constatou-se redução do volume de casos de urgência e consequente necessidade de refinamento junto aos reguladores para a devida indicação dos pacientes.

2- Mutirão cirúrgico em Ortopedia e Vascular:

Programa Estadual – Estratégia de ampliação de procedimentos ortopédicos (procedimentos de joelho, quadril e coluna (escoliose) devido a judicialização.

773 - Programa Estadual - Ampliação de Procedimentos Ortopédicos	Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Grupo 1	1	0	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	7	16,67
Grupo 2A	14	3	14	4	14	12	14	16	14	18	14	10	0	11	0	5	0	10	84	89	5,95
Grupo 3	4	0	4	1	4	2	4	4	4	2	4	3	0	3	0	8	0	3	24	26	8,33
Total	19	3	19	6	19	16	19	22	19	21	19	14	0	14	0	13	0	13	114	122	7,02

Programa Mais Acesso a Especialistas – PMAE componentes cirurgias conforme Portaria GM/MS nº 5.820 de 4 de dezembro de 2024 e Deliberação CIB nº 13, de 13 de fevereiro de 2025.

Mutirão - Vascular	ABRIL		MAIO		JUNHO		JULHO		AGOSTO		SETEMBRO		TOTAL		
	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	Cont.	Real.	%
Cirurgia de Varizes Bilateral	14	9	14	19	13	15	13	12	13	5	13	25	80	85	6%
Cirurgia de Varizes Unilateral	3	3	3	2	3	2	3	12	2	6	2	4	16	29	81%
Total	17	12	17	21	16	17	16	24	15	11	15	29	96	114	19%

16

Considerações sobre os mutirões:

Para ambos os casos (Ortopedia e vascular) a produção foi executada em sua integralidade. Insta salientar que apenas para ortopedia houve extensão da possibilidade de cumprimento da meta em face da organização das agendas pela DRS-1, em concomitância à priorização das judicializações.

b) Avaliação dos Indicadores de Qualidade: **Metas Alcançadas e Cumpridas em sua integralidade.**

PARTE VARIÁVEL - Resultados do 1º e 2º semestre de 2025					
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 - CIHDOIT"	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 SIRESP > 85% c/ resposta até 60 min	94,82%	93,06%	
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%			
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 selecionados 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 2025		
RELATÓRIO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA - 2025		
RECEITAS	CUSTEIO	INVESTIMENTO
REPASSES CONTRATO DE GESTÃO / CONVÊNIO	254.159.169,84	-
RECEITAS FINANCEIRAS	1.139.876,50	-
OUTRAS RECEITAS	400.053,93	-
TOTAL DE RECEITAS	255.699.100,27	-
DESPESAS	CUSTEIO	INVESTIMENTO
DESPESAS COM PESSOAL	109.614.361,19	-
SERVIÇOS DE TERCEIROS	89.573.946,83	-
MATERIAIS E MEDICAMENTOS	48.525.076,00	-
OUTRAS DESPESAS	8.021.700,21	1.576.463,44
TOTAL DE DESPESAS	255.735.084,23	1.576.463,44

Fonte de dados: Fluxo de Caixa

d) Breve exposição sobre a apuração dos custos hospitalares:

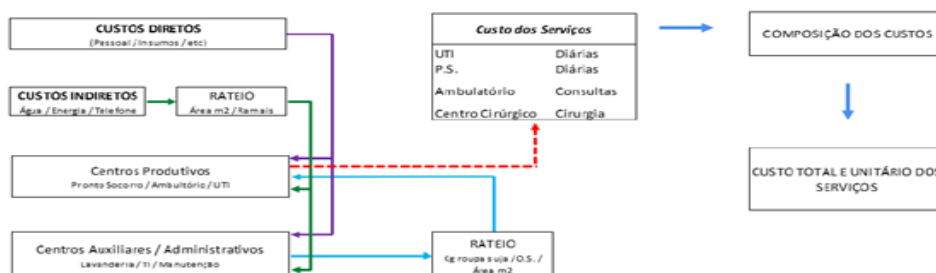
A entidade utiliza como metodologia de apuração de custos o custeio por absorção, cujo método é o mais utilizado nas organizações de saúde. Este método consiste em agrupar nos centros produtivos todos os custos e despesas ocorridas em uma unidade hospitalar (diretos, fixos e variáveis). Desse modo, em 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, a saber:

- ✓ 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:



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

332- Composição Serviços	Unidade	Produção	Custo Unitário - R\$
Internações - nº saídas	Média	1.234	50.477,08
Clínica Médica	Média	589	11.349,09
Clínica Cirúrgica	Média	482	14.969,26
Clínica Pediátrica	Média	106	12.930,44
Clínica Psiquiátrica	Média	58	11.228,28
SADT Externo	Média	652	325,75

334 - Demonstração Custos Unitários dos Serviços	Unidade	Produção	Custo Unitário c/ Mat./Med. e c/ Exame - R\$
Pronto Socorro Geral	Média	1.745	617,95
Ambulatório - Consultas Médicas	Média	7.393	603,26
Ambulatório - Consultas Não Médicas	Média	1.889	102,77

338- Demonstração Custo Unitário Serviços Auxiliares Diagnóstico e Terapia	Unidade	Produção	Custo Unitário - R\$
Quimioterapia - sessões	Média	1.234	1.154,77
Radioterapia - sessões	Média	2.477	422,78

475 - Demonstração Custos Unitários Atividades Cirúrgicas	Mês	Produção	Custo Unitário c/ Mat./Med e c/ Exame - R\$
Centro Cirúrgico	Média	518	5.382,41

e) Rateios Administrativos:

A SPDM realiza o rateio de despesas administrativas em conformidade com as Resoluções SS 107/2019 e SS 138/2025, 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 CGCSS, demonstrando o valor pago por cada unidade pública estadual sob contrato de gestão, contendo a finalidade 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 fiscal comprobatória. As métricas e percentuais de rateio são calculados em conformidade com a Política de Rateio da SPDM e divulgadas para os todos os órgãos de fiscalização e controle, incluindo o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Considerações finais:

Observando as atividades hospitalares no exercício sobressai-se a elevada taxa de ocupação hospitalar (94%) que demonstra a escassez de equipamentos em saúde com característica terciária na região do Alto Tietê, bem como tempo de permanência dos pacientes, que evidencia a complexidade no tratamento (6,6 dias).

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 e participação de projetos de aprimoramento tanto para o Acidente Vascular Cerebral – AVC, quanto para o Infarto Agudo do Miocárdio – IAM. A implantação dos serviços em Hemodinâmica 24 horas no final de 2024 convergiu em 2025 em maior resolubilidade clínica aos pacientes das linhas cardiológicas, bem como das especialidades neurológicas e vasculares.

Asseveramos que, mesmo mediante a todas as dificuldades econômico-financeiras e impactos inflacionários (4,26% - 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, com as ações mitigadoras de desperdícios (folha de pagamento, fornecedores, estoques, revisões contratuais, protocolos clínicos, suspensões cirúrgicas, infecções, agendamento e suspensões de exames), ou seja, melhoria dos desfechos com menor custo; mantivemos o empenho no refinamento do sistema de gerenciamento/tecnologias (TASY), fortalecimento da operacionalização do DRG – Grupo de Diagnósticos Relacionados (relevante para o Faturamento hospitalar, implantação de custos por procedimentos e gerenciamento do perfil epidemiológico dos pacientes).

No referido exercício fomos contemplados com recurso para aquisição de mamógrafo, fundamental no processo diagnóstico do câncer de mama e condução clínica das pacientes oncológicas de forma mais célere, com ativação do equipamento em junho de 2025. Em agosto iniciamos a participação e parceria com a SES e HCMUSP em projeto de TeleUTI, visando aprimorar segurança clínica dos pacientes críticos.

Asseveramos o cumprimento das obrigações legais e de processos de segurança clínica garantindo a efetividade da operacionalização dos serviços em 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. Executamos a troca do tubo do tomógrafo prevista para o exercício.

Gerenciamos consumos, serviços e utilizamos a expertise em gestão pública em saúde para manter o propósito institucional quanto à qualidade assistencial com responsabilidade físico-financeira, mediante preceitos éticos, de compliance, transparência e compromisso com o uso racional do recurso público.

Dito isto, perante o compromisso frente ao controle gerencial em todos os âmbitos, subscrevemos.

Dr. João Luiz de Miranda Rocha
Diretor Técnico
39.355