

**INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS
ESPECIALIZADOS - IPGSE**
CNPJ: 18.176.322/0001-51 - A SE REALIZAR EM 10 DE JANEIRO DE 2025

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
DE ADMINISTRAÇÃO DO INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE**

**ASSUNTO: VOTAÇÃO DOS RELATÓRIOS EMITIDOS PELA
CONTRATADA, PERTINENTE À EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO
DEVIDAMENTE APROVADOS PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

A Diretoria Estatuária do INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE, CNPJ Nº 18.176.322/0001-51, através de seu Diretor Presidente, no uso de suas atribuições estabelecidas no Estatuto Social, convoca todos os membros do Conselho de Administração do IPGSE, para participarem da Reunião Ordinária a se realizar na sede da instituição na Rua 20, nº 135, Quadra 56, Lote 16, Bairro Jardim Goiás, CEP 75.903.320, Rio Verde, Goiás, às 08:00 horas e 10:00, do dia 10 de janeiro de 2025, para apreciação e deliberação das matérias definidas na seguinte pauta:

Item 01: VOTAÇÃO DOS RELATÓRIOS EMITIDOS PELA CONTRATADA, PERTINENTE À EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO DEVIDAMENTE APROVADOS PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO.

Rio Verde (GO), 27 de dezembro de 2024.



ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO
DIRETOR PRESIDENTE

**INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS
ESPECIALIZADOS - IPGSE
CNPJ: 18.176.322/0001-51**

ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA DA CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DATA: 10/01/2025

**ASSUNTO: VOTAÇÃO DOS RELATÓRIOS EMITIDOS PELA
CONTRATADA, PERTINENTE À EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO
DEVIDAMENTE APROVADOS PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

Aos dez (10) dias do mês de janeiro de 2025, às 08:00 horas, na sede do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 18.176.322/0001-51, situada na Rua 20, nº 135, Quadra 56, Lote 16, Bairro Jardim Goiás, CEP 75.903.320, Rio Verde, Goiás, reuniu-se o Conselho de Administração do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE), em conformidade com as disposições do Estatuto Social Consolidado e da Lei Estadual nº 21.740 de 29 de dezembro de 2022, na sede da instituição situada à Rua 20, nº 135, Quadra 56, Lote 16, Bairro Jardim Goiás, CEP 75.903.320, Rio Verde, Goiás, para apreciar e deliberar sobre a aprovação dos Relatórios Gerenciais e de Atividades elaborados pela Diretoria Estatutária, referentes à gestão e operacionalização das atividades do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO, no exercício findo de 2024, em cumprimento ao Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

O Presidente do Conselho de Administração do IPGSE, o Sr. LUIZ EGÍDIO GALETTI, CPF nº 781.227.851-72 após constatar existência de quórum, declarou aberto os trabalhos, verificando a comprovação das presenças dos membros do Conselho de Administração que assinaram a relação de presenças, e solicitando a mim ETIENE CARLA MIRANDA, CPF nº 039.917.351-05 para secretariar a reunião, o que prontamente fiz.

O presidente dos trabalhos, o Sr. LUIZ EGÍDIO GALETTI, registrou a presença do Diretor Presidente do IPGSE, o Sr. ALUÍSIO PARMEZANI PANCRACIO, ao qual não tem direito a voto.

Após a apresentação detalhada dos relatórios pela Diretoria Estatutária e os devidos esclarecimentos prestados aos membros do Conselho, os presentes deliberaram, por unanimidade, aprovar os Relatórios Gerenciais e de Atividades referentes ao exercício de 2024, conforme apresentados, ressaltando o cumprimento das obrigações estabelecidas no Termo de Colaboração nº 101/2024-SES/GO.

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada e eu, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais presentes.



Rio Verde (GO), 10 de janeiro de 2024.


LUIZ EGÍDIO GALETTI
Presidente do Conselho
CPF:781.277.851-72


ETIENE CARLA MIRANDA
Secretária da Reunião
CPF:039.917.351-05


PARISI MARIO VITTORIO
Assessor Jurídico – OAB/GO - 18.945


ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO
Diretor Presidente
(sem direto a voto)
CPF:159.938.598-81

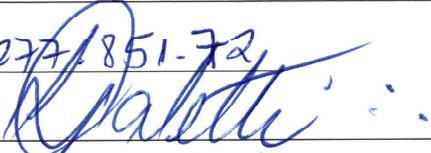


**INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS
ESPECIALIZADOS - IPGSE
CNPJ: 18.176.322/0001-51**

**ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA DA CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DATA: 10/01/2025
LISTA DE PRESENÇA**

1. Nome: LUIZ EGIDIO GALETTI

CPF: 781.274.851-72

Assinatura: 

2. Nome: RICARDO BOMBIN PIRES

CPF: 652.775.629-15

Assinatura: 

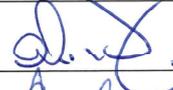
3. Nome: Marcelo José Staides dos Reis.

CPF: 857.512.191-04.

Assinatura: 

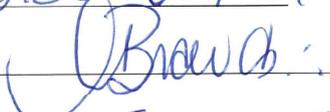
4. Nome: Aluísio Pires

CPF: 119.978.198-81

Assinatura: 

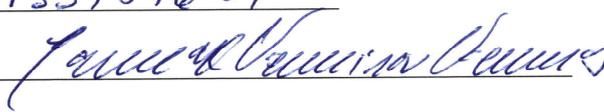
5. Nome: Carlos Alberto Brandes

CPF: 730.354.009-20

Assinatura: 

6. Nome: EDUARDO FERREIRA FERNANDES

CPF: 699337076-09

Assinatura: 

7. Nome: Estene Costa Miranda

CPF: 039.917.351-05

Assinatura: 

8. Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Rio Verde, 10 de janeiro de 2025.



LUIZ EGÍDIO GALETTI

CPF: 781.277.851-72

PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - IPGSE





INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

RELATÓRIO ANUAL DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

Unidade: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado
Período: 2024
Contrato de Gestão 088/2022 e Termo de colaboração nº 101/2024 - SES

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Luiz Egídio Galetti – Presidente do Conselho

Carlos Alberto Brands – Membro

Eduardo Ferreira Fernandes – Membro

Marcelo José Ataídes dos Reis - Membro

Adenilton dos Santos Silva – Membro

Ricardo Bonacin Pires - Membro

Etiene Carla Miranda – Membro

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO FISCAL

Membros Titulares:

Edson Alves da Silva – Membro

Cleiber de Fátima Ferreira Lima Gonçalves – Membro

Ana Rosa Bueno – Membro

Membros Suplentes:

Fabício Gonçalves Teixeira – Membro

Adalberto José da Silva – Membro

Ari Elias Silva Júnior – Membro

COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA ESTATUTÁRIA

Alúcio Parmezani Pancrácio – Diretor Presidente

Daniel de Albuquerque Pinheiro - Diretor Vice – Presidente

Heliar Celso Milani - Diretor Financeiro

Suzy Siqueira de Souza - Diretor Técnico

Reinaldo Caetano da Silva – Diretor Executivo

Henrique Hiroto Naoe - Diretor Administrativo

Janquiel José Marodin - Diretor de Relações Institucionais

Benjamin José Pinto de Oliveira - Diretor de Desenvolvimento Organizacional

SUPERINTENDÊNCIAS DO IPGSE – UNIDADE GESTORA

Romero Leão Giovannetti – Superintendente Administrativo

Diógenes Alves Nascimento – Superintendente Financeiro

COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA – UNIDADE GERIDA

UNIDADE HOSPITALAR: HERSO

Ubyratan Gonzaga Coelho – Diretor Geral – Acumulando função de Diretor Técnico

Murilo Almeida e Silva – Gerente de Custos

Ariany Cristina Marques Silva – Gerente Multiprofissional e Assistencial

Lidiane Vieira de Souza da Mota – Gestora de Enfermagem

Tiago Antunes Caixeta – Gerente de Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. PERFIL DO HOSPITAL	8
3. GESTÃO DAS FINANÇAS	8
4. GESTÃO PATRIMONIAL	11
5. GESTÃO DE CUSTOS	23
6. GESTÃO DE PESSOAS	24
7. GESTÃO DE MATERIAIS, INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA	24
8. GESTÃO OPERACIONAL E GESTÃO DA SEGURANÇA, AMBIENTAL E ENSINO E PESQUISA ATIVIDADES REALIZADAS	38
Serviço de integridade da pele	38
Serviço de Desospitalização	40
Equipe Multiprofissional	40
Ouvidoria	41
Serviço de controle de infecções relacionada a assistência à saúde (SCIRAS)	41
Núcleo hospitalar epidemiológico (NHE)	43
Núcleo de segurança do paciente (NSP)	53
Farmácia	54
Laboratório de Análises Clínicas	55
Agência Transfusional	56
Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)	57
Comissões Técnicas Hospitalares	58
9. INDICADORES ESTATÍSTICOS QUE PERMITAM AVALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DO DESEMPENHO E DO CUMPRIMENTO DAS METAS PACTUADAS	60
10. EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRABALHOS PROPOSTOS PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL, COM ESCLARECIMENTOS, SE FOR O CASO, SOBRE AS CAUSAS QUE INVIABILIZARAM O PLENO CUMPRIMENTO DAS METAS ESTABELECIDAS	77
11. INDICADORES DE GESTÃO QUE PERMITAM AFERIR A EFICIÊNCIA, EFICÁCIA, ECONOMICIDADE, QUALIDADE E PRODUTIVIDADE DA ATUAÇÃO DA ENTIDADE, LEVANDO-SE EM CONTA OS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS ALCANÇADOS PELA INSTITUIÇÃO	79
12. MEDIDAS IMPLEMENTADAS COM VISTAS AO SANEAMENTO DE EVENTUAIS DISFUNÇÕES ESTRUTURAIS QUE PREJUDICARAM OU INVIABILIZARAM O ALCANCE DAS METAS FIXADAS	86
13. AÇÕES REALIZADAS	87
TREINAMENTOS	87
14. RECONHECIMENTOS	99

15. MELHORIAS	99
16. AQUISIÇÕES	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma para Programação de Aquisição para Reposição de Estoque...	31
Figura 2 - Fluxograma de Aquisição Via Ordem de Compra	32
Figura 3 - Fluxograma de Compra Emergencial	33
Figura 4 - Fluxograma de Emissão de Ordem de Compra	34
Figura 5 - Fluxograma de Unitarização de Medicamentos	35
Figura 6 - Fluxograma de Inventário	36
Figura 7 - Fluxograma de Aquisição Via Ordem de Compra	37
Figura 8 - Guia de Notificações Compulsórias Fonte: Ministério da Saúde (MS).....	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Curativos Complexos por mês Fonte: Sistema SoulMV	40
Gráfico 2 - Elogios recebidos por mês Fonte: Ouvidoria HERSO	41
Gráfico 3 - Pesquisa de Satisfação por mês Fonte: Ouvidoria HERSO	41
Gráfico 4 - % Perdas por Vencimento	80
Gráfico 5 - % de Prescrição Avaliadas	81
Gráfico 6 – Efetividade das Intervenções	82
Gráfico 7 - % de Desospitalização Segura/Preparo de Alta Hospitalar	83
Gráfico 8 - % Taxa de Readmissão Hospitalar em até 29 dias.	84
Gráfico 9 – Taxa de Readmissão em UTI (48 Horas).....	84
Gráfico 10 – Taxa de Incidência de IRAS em sitio cirúrgico em cirurgias limpas.....	85
Gráfico 11 - Turnover.....	86

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Lista de leitos de Unidades de Internação Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).....	8
Tabela 2 - Resumo por Tipo de Ferida Fonte: Sistema Soul MV	39
Tabela 3 - Resumo por Região Ferida Fonte: Sistema Soul MV.....	39
Tabela 4 - Detalhamento de Treinamentos Mensais Fonte: Núcleo de Educação Permanente (NEP).....	53
Tabela 5 - Detalhamento de Tipos de Transfusão por Unidade Fonte: Sistema de Informação de Produção Hemoterápica	56
Tabela 6 - Detalhamento por quantitativo das ações do SESMT Fonte: SESMT HERSO	58

1. INTRODUÇÃO

Em consonância com o contrato firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO e o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE), para a gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO sob contrato N° 088/2022 SES/GO, firmado em caráter emergencial com vigência até agosto de 2024 e o Termo de Colaboração n° 101/2024 SES iniciado em setembro de 2024 em vigor até a presente data, apresenta-se nessa oportunidade o relatório gerencial e de atividades desenvolvidas referente ao ano de 2024.

As informações contidas neste relatório são referentes aos atendimentos, atividades, eventos e produção anual da unidade. Os dados foram extraídos dos mapas estatísticos dos setores e do sistema de gestão hospitalar SoulMV.

O HERSO possui certificação da Organização Nacional de Acreditação - ONA Nível 1 que demonstra compromisso com padrões de qualidade e segurança em todo serviço prestado.

MISSÃO:

Prestar assistência hospitalar aos usuários do Sistema Único de Saúde de forma humanizada com segurança e qualidade, visando à satisfação dos clientes.

VISÃO:

Ser referência no atendimento hospitalar de urgências e emergências em trauma e desenvolvimento profissional, focado na segurança do paciente no Estado de Goiás.

VALORES:

Segurança, Humanização, Qualidade e Ética.

2. PERFIL DO HOSPITAL

O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO, localizado na Av. Uirapuru s/n – Parque Residencial Isaura, é um Hospital Geral de Média e Alta Complexidade, de demanda regulada e/ou referenciada, com leitos cirúrgicos, clínicos e de terapia intensiva (UTI) para atendimento dos pacientes da Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões.

É referência para atendimentos de urgência e emergência em Bucomaxilo, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ortopedia e Traumatologia, Neurologia, Vascular, também realiza atendimentos ambulatoriais nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia, Cardiologia, Urologia e Neurologia, assim como serviço de diagnóstico com exames laboratoriais e de imagem (Radiologia, Tomografia e Ultrassonografia).

O HERSO possui 69 leitos gerais, 18 leitos complementares Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e 4 leitos dia, distribuídos da seguinte forma, totalizando 91:

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:	LEITOS:
Clínica Médica Adulto	08
Clínica Médica Pediátrica	08
Clínica Cirúrgica	53
Unidade de Terapia Intensiva – Adulto UTI Tipo II	18
Leito dia	04

Tabela 1 - Lista de leitos de Unidades de Internação | Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)

3. GESTÃO DAS FINANÇAS

A Unidade de Finanças é exercida por atribuição exclusiva pela Superintendência Financeira do IPGSE e apresenta a finalidade básica de gerenciar e controlar o patrimônio físico e financeiro da Instituição, executado por intermédio de balancetes, análises e demonstrativos contábeis.

Apresenta também a finalidade de analisar a viabilidade das ações da Unidade, incluindo a análise econômica de suas ações, tendências de evolução dos recursos que lhe são necessários e das possibilidades de fontes de financiamento.

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DE ORÇAMENTO/FINANÇAS

A Unidade de Finanças do IPGSE está diretamente subordinada à Diretoria Estatutária do IPGSE e sendo que os serviços integrantes da unidade são:

- I. Contabilidade;
- II. Orçamento e Custos;
- III. Faturamento;
- IV. Tesouraria;
- V. Setor de Prestação de Contas; e
- VI. Controladoria.

ATRIBUIÇÕES GERAIS

Cabe à unidade de orçamento/finanças do Ipgse as seguintes atribuições:

- a) Transmitir, interpretar e implementar políticas, instruções e regulamentações que afetam as atividades financeiras e contábeis da Instituição;
- b) Planejar e coordenar as atividades a serem executadas pelas áreas de contabilidade, orçamento e custos, faturamento e tesouraria; referente aos recursos materiais e humanos;
- c) Apresentar periodicamente à Diretoria Estatutária do IPGSE, sobre o desenvolvimento da execução de suas atividades e de suas necessidades;
- d) Estudar e propor a política financeira e orçamentária da Unidade Hospitalar e da Unidade Gestora, submetendo-a à Diretoria Administrativa-Financeira e ao Diretor Presidente do IPGSE;
- e) Coordenar as atividades relativas ao controle orçamentário e financeiro, bem como as atividades da contabilidade;
- f) Analisar sob o ponto de vista econômico-financeiro, propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- g) Estabelecer normas de controle e avaliação para utilização dos recursos financeiros da Instituição;
- h) Coordenar e controlar o fechamento das faturas dos pacientes atendidos na Unidade, referindo-se às diárias, procedimentos, medicamentos etc., assim como informar a quantidade de faturas glosadas e seus respectivos valores;
- i) Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo-Financeira, relatórios sobre a posição financeira da Instituição e simulação de cenários futuros; e

- j) Apresentar o Orçamento Anual da Instituição à Diretoria Administrativa, à Presidência, Conselho Fiscal e Conselho de Administração do IPGSE.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS – FATURAMENTO DO HERSO:

- a) Auditar as faturas enviadas referente aos procedimentos, diárias e medicamentos;
- b) Realizar o controle do faturamento através das fichas de atendimento e dos prontuários médicos;
- c) Elaborar relatórios diários sobre o faturamento da Instituição e enviar à Direção da Unidade para análise de comportamento diário das contas faturadas;
- d) Encaminhar via sistema, as faturas a serem pagas pelo SUS; e
- e) Prestar esclarecimentos à Direção sobre a glosa de faturas efetuadas pelo SUS.

UNIDADE DE OPERAÇÕES/APOIO

A unidade de Operações/Apoio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO tem a finalidade de zelar pela total qualidade dos serviços assistenciais de suporte prestados para a Instituição, através do controle e gerenciamento da infraestrutura física e recursos disponíveis, suprimindo assim, toda a demanda das áreas fins da Unidade.

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

A Unidade de Operações do HERSO está diretamente subordinada à Diretoria Administrativa do HERSO, sendo subordinada à mesma as seguintes unidades:

- I. Manutenção;
- II. Lavanderia/Rouparia;
- III. Higiene e Limpeza;
- IV. Serviços Auxiliares; e
- V. Demais Serviços Contratados.

ATRIBUIÇÕES GERAIS

Cabe à Unidade de Administração/Operações do HERSO:

- a) Planejar, programar, executar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas áreas de apoio logístico;
- b) Garantir a integridade da infraestrutura da Instituição (predial, mecânica, hidráulica e elétrica);
- c) Garantir a qualidade do atendimento aos pacientes da Instituição por meio do correto e eficiente suporte logístico dos suprimentos utilizados na unidade

(medicamentos, materiais médico-hospitalares, gêneros alimentícios e materiais administrativos);

- d) Zelar pela segurança e controle patrimonial dos bens permanentes da Instituição;
- e) Prover todos os subsídios para a eficiente operacionalização da Instituição;
- f) Gerir todos os recursos operacionais da Instituição, destacados os serviços de hotelaria;
- g) Estabelecer normas de controle e avaliação de utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades de apoio;
- h) Analisar sob o ponto de vista operacional, propostas para execução de serviços realizados por terceiros em regime de contrato ou convênio;
- i) Estudar a implantação de novas técnicas nos trabalhos, visando a constante atualização dos serviços técnicos e operacionais da Unidade aos progressos técnicos e científicos; e
- j) Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre o desenvolvimento da execução das suas atividades e necessidade, principalmente da capacidade de produção da Instituição frente a demanda da comunidade e diretrizes de órgãos superiores.

4. GESTÃO PATRIMONIAL

O controle patrimonial envolve o registro detalhado de todos os bens móveis e imóveis, adquiridos com recursos orçamentários ou não, garantindo que cada ativo seja devidamente catalogado e disponível para uso.

A função do controle patrimonial envolve uma série de atividades essenciais que vão desde o recebimento e registro dos bens permanentes, até sua utilização, guarda e conservação. Além disso, inclui a responsabilidade pela distribuição adequada desses bens e, quando necessário, o desfazimento deles. Esse processo cuidadoso garante que cada recurso da instituição seja gerido de maneira eficiente e responsável, contribuindo para o bem-estar e a sustentabilidade da organização.

Estrutura organizacional

Supervisor de Patrimônio

Responsabilidades

Supervisor de Patrimônio: responsável por supervisionar e controlar todos os bens patrimoniais da organização, garantindo sua integridade, conservação e utilização adequada. Isso inclui a identificação, registro, monitoramento e atualização das informações sobre os ativos, além de assegurar que todos os bens estejam devidamente

assegurados e que os processos de depreciação e alienação sejam conduzidos de acordo com as normas estabelecidas.

DEFINIÇÕES

Bem Patrimonial

Refere-se a todo item, móvel ou imóvel, adquirido pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, que é registrado e controlado para uso contínuo nas atividades da instituição. Esses bens incluem equipamentos, veículos, imóveis, móveis, e outros ativos permanentes que contribuem para a operação e cumprimento dos objetivos da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Patrimônio

Patrimônio é o conjunto de todos os bens, direitos e valores de propriedade da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, adquiridos com recursos públicos ou doações, que devem ser geridos

com responsabilidade e transparência para assegurar o uso adequado e a preservação desses recursos.

Registro Patrimonial

É o processo de catalogação e identificação de todos os bens patrimoniais da Secretaria. Esse registro inclui informações detalhadas como descrição do bem, número de patrimônio, data de aquisição, valor de compra, vida útil estimada, localização, e responsável pelo bem, garantindo a rastreabilidade e controle de cada ativo.

Tombamento

Tombamento é o ato administrativo pelo qual um bem patrimonial é formalmente registrado e identificado no sistema de gestão patrimonial, recebendo um número de tombamento único que o vincula ao patrimônio da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Esse processo assegura que o bem seja oficialmente reconhecido como parte do patrimônio da instituição.

Depreciação

Depreciação é a redução do valor contábil de um bem patrimonial ao longo do tempo, devido ao seu uso, desgaste ou obsolescência. O cálculo da depreciação é fundamental para a correta avaliação dos ativos da Secretaria e para a tomada de decisões sobre a manutenção, substituição ou alienação dos bens.

Desfazimento

Processo de exclusão de um bem do acervo patrimonial do órgão ou da entidade, com a autorização expressa de seu titular, de acordo com a legislação vigente, e por transferência, alienação, doação ou renúncia.

Esse processo deve ser conduzido de acordo com as normas legais e políticas internas, garantindo que a alienação seja feita de maneira transparente e responsável.

Inventário Patrimonial

O inventário patrimonial é a atividade de contagem física e verificação dos bens patrimoniais registrados, realizada periodicamente para assegurar que os registros estejam em conformidade com a realidade. O inventário permite identificar discrepâncias, perdas, ou necessidades de manutenção, garantindo a acuracidade do controle patrimonial.

Desfazimento

É o ato de retirar um bem patrimonial do uso ativo e proceder à sua alienação, quando o bem já não serve ao propósito original, está obsoleto ou danificado além de reparo viável. Este processo deve seguir as normas estabelecidas, incluindo a avaliação do bem e a autorização necessária para o descarte ou transferência

Controle Patrimonial

Refere-se ao conjunto de procedimentos e atividades destinados a garantir o registro, a manutenção, o monitoramento e a gestão eficiente dos bens patrimoniais da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Esse controle assegura que os bens sejam utilizados de forma responsável, preservando o patrimônio público e garantindo a continuidade das operações.

Normas e Procedimentos Administrativos para Gestão de Bens Patrimoniais

Movimentação interna

- ✓ Toda movimentação interna de equipamentos e móveis imobilizados deve ser registrada pelo responsável da respectiva Unidade ou Serviço e comunicada ao Serviço de Patrimônio, utilizando o documento de Transferência Interna de Imobilizado. O formulário de Transferência Interna de Imobilizado (FOR.090) deve ser preenchido pela liderança da unidade ou serviço, autorizado pela Diretoria ou Gerência da área solicitante, e entregue ao Serviço de Patrimônio.

Este, por sua vez, abrirá uma ordem de serviço para o setor de manutenção ou para a área de TI solicitando o serviço.

- ✓ É importante destacar que somente o Serviço de Patrimônio está autorizado a solicitar a transferência de imobilizados, e isso deve ser feito exclusivamente através do formulário de transferência, devidamente preenchido e assinado.

Manutenção corretiva ou preventiva

- ✓ Quando um bem for enviado para manutenção ou reparo corretivo ou preventivo
- ✓ (Engenharia Clínica, Manutenção ou TI), é necessário comunicar o Serviço de Patrimônio por e-mail. A comunicação deve incluir o motivo do envio, o número de patrimônio, o serviço para onde foi enviado (Manutenção, Engenharia ou TI) e a previsão de retorno do bem. Se o acesso ao e-mail for restrito, a chefia imediata deve ser responsável por passar essa informação. Quando o bem retornar ao setor, essa informação também deve ser comunicada ao Serviço de Patrimônio pelo mesmo e-mail.
- ✓ O serviço ou unidade responsável pelo bem aciona, conforme necessário, o Serviço de Manutenção, Engenharia Clínica ou TI, que solicita a saída do bem para manutenção externa ao Serviço de Patrimônio, utilizando o formulário FOR.096 - Termo de Saída Temporária de Bens, em 3 (três) vias. O Serviço de Manutenção, Engenharia Clínica ou TI emite também 3 (três) vias do Protocolo de Saída de Equipamentos ou Laudo Técnico, anexando cada via ao Termo de Saída Temporária de Bens.
- ✓ O Serviço de Patrimônio arquivará uma via, enquanto as outras duas serão direcionadas ao setor que solicitou a retirada (Engenharia Clínica, Manutenção ou TI) e à Portaria, que fará a conferência do bem e registrará sua saída.
- ✓ Quando o bem retornar, o serviço que solicitou a saída (Engenharia Clínica, Manutenção ou TI) deve informar imediatamente ao Serviço de Patrimônio.

Entrada de bem particular

- ✓ Para a entrada de bem particular de colaboradores ou profissionais terceirizados, a entrada do bem deve ser aprovada pela coordenação imediata e, em seguida, autorizada pelo Serviço de Patrimônio.
- ✓ O responsável pelo bem deve procurar o Serviço de Patrimônio para solicitar a Declaração de Bem Particular (FOR.091), formalizando a propriedade do bem em uso na unidade. Se o responsável pelo bem tiver a nota fiscal, é necessário anexar uma cópia à declaração.

- ✓ A declaração é feita em duas vias, contendo todas as especificações do bem, e deve ser assinada tanto pelo Serviço de Patrimônio quanto pelo responsável/solicitante. Uma via fica arquivada no Serviço de Patrimônio, e a outra é entregue ao responsável pelo bem.

Revisão periódica in loco dos bens

- ✓ O Serviço de Patrimônio realiza a conferência presencial de todos os bens imobilizados, com aviso prévio. Se forem encontrados bens que não pertencem ao serviço ou unidade, é solicitado ao responsável a documentação de transferência. Caso essa documentação não seja apresentada, o líder ou coordenador receberá uma Notificação de Não Conformidade.
- ✓ Se algum bem não for localizado, o líder ou coordenador deve apresentar a documentação de transferência; caso essa documentação não esteja disponível, deve-se realizar uma busca pelo bem. Se o bem não for encontrado, o líder ou coordenador será responsabilizado pela perda ou desvio, aguardando as medidas a serem tomadas em conjunto com a diretoria.
- ✓ Após resolver todas as divergências, o Serviço de Patrimônio emitirá um novo termo de responsabilidade dos bens, em duas vias ou mais, conforme necessário. Todas as vias devem ser assinadas pelo Serviço de Patrimônio e pelo responsável do serviço ou unidade onde foi realizada a conferência.

Vias do Termo de responsabilidade de Bens:

1ª via: afixada em local visível no serviço/unidade verificado;

2ª via: arquivada no serviço patrimônio;

De acordo com novas movimentações entre as conferências trimestrais, o serviço patrimônio deverá atualizar em seu controle patrimonial e o formulário de transferência interna de imobilizado corresponde ao novo termo de responsabilidade de bens.

Desfazimento/baixa patrimonial

Pré-requisitos para processo de desfazimento de bens.

Determina o Decreto nº 10.007/21:

Art. 4º Todo órgão ou entidade que identificar em seu acervo patrimonial algum bem que possua indício de condição inservível, que não seja mais do interesse da administração, deverá obrigatoriamente instituir Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis para a realização de análise, classificação e verificação da melhor forma de desfazimento do bem. Parágrafo único. A Comissão de que trata este artigo será

designada pelo titular do órgão ou da entidade, com publicação do respectivo ato na imprensa oficial, e deverá ser composta por, no mínimo, 3 (três) servidores.

Art. 5º A Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis deverá analisar e classificar o bem que tenha sido considerado inservível de acordo com os parâmetros a seguir: I – ocioso: em condições de uso mas sem utilidade ao órgão ou à entidade; II – obsoleto: que caiu em desuso, por isso considerado arcaico, seja pela sua inutilidade ou pelo desuso; III – recuperável: com defeito e que possua possibilidade de recuperação; IV – antieconômico: com manutenção onerosa ou rendimento precário devido a uso prolongado, desgaste prematuro ou obsolescência e não seja economicamente vantajosa sua adequação; e V – irrecuperável: com defeito e sem possibilidade de uso conforme sua destinação.

Art. 6º A Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis deverá emitir Laudo de Bens Inservíveis com as informações necessárias à identificação e à classificação do bem, conforme a metodologia definida no art. 5º deste Decreto.

Art. 7º Será observada a seguinte ordem para escolha da modalidade de desfazimento de bens: I – transferência; II – alienação; III – doação; e IV – renúncia. § 1º Essa sequência só não deverá ser observada quando houver: I – alguma especificidade para o uso e a disponibilização do bem; II – legislação específica que defina a modalidade de desfazimento adequada; ou III – alguma necessidade especial a ser devidamente justificada pela Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis. § 2º Nos casos especificados no parágrafo 1º deste artigo, ou similares, é de responsabilidade dos órgãos ou das entidades elaborar todas as normativas necessárias para o desfazimento adequado dos bens.

Tipos de classificação dos bens no desfazimento:

✓ Ocioso

Em condições de uso, mas sem utilidade ao órgão ou à entidade; Bens ociosos podem ser doados para outro órgão ou entidade da Administração Pública Estadual direta.

✓ Recuperável

Com defeito e que possua possibilidade de recuperação; Bens recuperáveis devem ser recuperados e continuar no mesmo órgão.

✓ Antieconômico

Com manutenção onerosa ou rendimento precário devido a uso prolongado, desgaste prematuro ou obsolescência e não seja economicamente vantajosa sua adequação;

✓ **Obsoleto**

Que caiu em desuso, por isso considerado arcaico, seja pela sua inutilidade ou pelo desuso;

✓ **Irrecuperável**

Com defeito e sem possibilidade de uso conforme sua destinação.

Movimentação, Alienação e outras formas de Desfazimento de Bens Públicos

Após a realização do inventário por uma comissão específica, ou conforme a necessidade, a comissão pode identificar bens que não estão sendo utilizados pela unidade. Esses bens poderão ser redirecionados para um uso mais adequado, conforme o interesse público, seguindo o processo descrito a seguir:

✓ **Por transferência**

A movimentação do bem móvel entre órgãos da administração direta, com repasse gratuito da propriedade e da posse com troca de responsabilidade, em caráter definitivo; na modalidade de transferência, o bem inservível será oferecido pelo próprio órgão a outros órgãos da administração direta. Se houver interessados, a transferência deverá ser realizada mediante respectivo termo, que precisará ser atestado pelos titulares dos órgãos envolvidos, e efetivada no sistema de gestão patrimonial.

Parágrafo único: Quando se tratar de veículos, além da transferência realizada no sistema de gestão patrimonial, deverão ser observadas as disposições do Decreto estadual nº 9.541, de 23 de outubro de 2019, para a transferência de propriedade do bem no Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN.

✓ **Por alienação**

Na modalidade de desfazimento por alienação, mediante licitação na modalidade de leilão, a Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis deverá encaminhar a solicitação com a informação do bem a ser alienado à Superintendência Central de Patrimônio, devidamente atestada pelo titular do órgão ou da entidade detentor(a) do bem, para conhecimento e providências. Além da classificação do bem, deverão ser informados o número de tombamento e a sua localização física, também terá que ser apresentada a designação do servidor específico para responder pela guarda e pela manutenção do bem móvel inservível destinado a leilão. Caberá à Comissão Permanente de Alienação Onerosa coordenar a avaliação do bem inservível, a qual será considerada preço mínimo. A manutenção e a guarda do bem inservível, até a entrega para o

arrematante, é de responsabilidade do órgão ou da entidade detentor(a) do bem e ficará sob responsabilidade do servidor designado.

✓ **Por doação:**

Na modalidade de doação, o bem deverá ser doado pelo próprio órgão ou entidade, observadas as disposições da Lei federal nº 14.133, de 01 de Abril de 2021, e as que lhe vierem suceder, além da Lei estadual nº 19.853, de 3 de outubro de 2017, e a doação será feita de acordo com o interesse da administração pública.

Parágrafo único: Quando o desfazimento de bem móvel envolver órgãos ou entidades do Poder Executivo e os Poderes Legislativo e Judiciário, a operação só poderá ocorrer mediante doação.

✓ **Por Renúncia**

Caso a Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis verifique a impossibilidade ou a inconveniência de transferência, leilão ou doação, devidamente justificada, essa comissão recomendará ao titular do órgão ou da entidade a renúncia ao direito de propriedade com a sua inutilização e/ou abandono. A renúncia deverá ser previamente autorizada pelo titular do órgão ou da entidade detentor(a) do bem após recomendação da Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis. Os bens móveis inservíveis inutilizados e/ou abandonados deverão ter destinação ou disposição final ambientalmente adequada, nos termos da Lei federal nº 12.305, de 2010.

Desfazimento de Bens de Informática

O desfazimento de equipamentos de informática e eletroeletrônicos, bem como de peças, partes ou componentes que sejam considerados ociosos, recuperáveis, antieconômicos ou irrecuperáveis, seguirá os procedimentos estabelecidos no Decreto nº 9.718, de 24 de setembro de 2020, dentro do programa SUKATECH.

Procedimento de inservibilidade para equipamento médico-assistencial:

Quando o Equipamento Médico-Assistencial (EMA) da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) está inservível à Unidade de Saúde, a OSS/OSC gestora da referida unidade deverá preencher o documento

Solicitação de Devolução de Bens Inservíveis – para solicitar a avaliação da inservibilidade do mesmo e enviar à GPAT, que fará análise da informação patrimonial, em seguida Comissão de Análise e Desfazimento de Bens Inservíveis - CADBI fará a análise técnica, cuja responsabilidade é realizar "a análise dos bens móveis inservíveis desta Secretaria", no que tange a responder, neste caso, "por demandas referentes à equipamentos médico-hospitalares", conforme Portaria nº 1.677/2023, Art. 2º, inciso II.

Para solicitar a avaliação do equipamento à SES-GO é necessário que a OSS/OSC preencha e apresente os seguintes documentos e informações:

- ✓ Formulário editável de solicitação de avaliação e devolução de equipamento médico ou odontológico à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (obrigatório);
- ✓ Observação: Deverá ser preenchido um formulário para cada equipamento que se deseja devolver à SES-GO.
- ✓ Apresentar termo de Vistoria dos bens cedidos sobre seu estado de funcionamento - Após a outorga do Contrato de Gestão (obrigatório);
- ✓ Laudo de Inativação do equipamento (Laudo Técnico) – laudo emitido via software NEOVERO, base da SES-GO, com respectivo registro de ART junto ao CREA-GO (obrigatório);
- ✓ Fotos (obrigatório);
- ✓ Histórico do equipamento – via software NEOVERO, base da SES-GO (obrigatório);
- ✓ Orçamento para manutenção (caso aplicável);
- ✓ Carta de “End of Life” ou “End of Service” (caso aplicável);
- ✓ ART de cargo e função do Engenheiro(a) responsável técnico(a) pelos equipamentos Médico-Assistenciais da Unidade de Saúde ou CRA do Administrador da Unidade de Saúde (obrigatório);
- ✓ Contrato de serviço empresa terceirizada em Engenharia Clínica (caso haja) e a OSS/OSC, onde especifica a relação atualizada de equipamentos atendidos pelo mesmo. Se a própria OSS/OSC faz a Gestão em Engenharia Clínica, informar a relação atualizada dos equipamentos geridos por ela (obrigatório).
- ✓ Após avaliação, o equipamento poderá seguir para destinação final de acordo com os seguintes casos:
- ✓ Caso o equipamento esteja em condições de uso, o mesmo poderá ser realocado para outra Unidade de Saúde (transferência interna) ou devolvidos à GPAT. Para isso, o equipamento deverá estar com as suas manutenções preventivas,

calibrações e testes de segurança elétrico (quando aplicável), em conformidade, validados e assinados pelo Engenheiro Clínico da OSS e o técnico responsável pela execução do procedimento. A documentação referente a esses serviços deverá fazer parte de Anotação de Responsabilidade Técnica - ART, de obra e serviço, junto ao sistema CREA/CONFEA, marcando na área "ATIVIDADE TÉCNICA", no campo "ATIVIDADE PROFISSIONAL" o item "LAUDO TÉCNICO".

- ✓ Caso haja a intenção de substituição do equipamento, a OSS deverá avaliar a possibilidade de alienação do equipamento e, em caso positivo, enviar, pelo menos, 01 (um) orçamento considerando a entrega do equipamento inservível ao fornecedor do novo equipamento a ser adquirido, com abatimento no valor, além de mais 02 (dois) orçamentos de fornecedores diferentes (neste caso, apenas do equipamento novo, sem considerar a alienação);
- ✓ Caso o equipamento não esteja em condições de uso, a OSS deverá seguir com o envio da documentação comprobatória supracitada.

Entrada e cadastro de bens imobilizados

Critérios para Classificação de Bens como Patrimônio

Os bens que se enquadram na categoria de patrimônio geralmente atendem a um ou mais dos seguintes critérios:

- Vida útil prolongada: O bem deve ser utilizado por um período superior a um ano, o que caracteriza a sua longevidade e sua contribuição contínua para as atividades da organização.
- Valor econômico: Bens com valor significativo (normalmente acima de um limite definido pela política da instituição) devem ser registrados como patrimônio. Esse valor mínimo varia de acordo com as normas contábeis.
- Destinação operacional: Os bens classificados como patrimônio devem ser utilizados para o funcionamento das operações da organização, como equipamentos médicos, mobiliário, veículos ou edificações.
- Natureza física e tangível: Bens patrimoniais são, na maioria dos casos, tangíveis (físicos). Equipamentos médicos, móveis e imóveis são exemplos comuns de bens tangíveis classificados como patrimônio. Em alguns casos, também podem ser incluídos itens intangíveis, como software, desde que apresentem valor relevante e longa duração.
- Benefícios econômicos futuros: O bem deve contribuir de forma direta ou indireta para a geração de benefícios econômicos futuros, seja por meio do apoio à prestação de serviços ou à redução de custos operacionais.

Entrada e Registro Equipamento Médico

- ✓ Realizar a entrada do item no sistema de gestão hospitalar, o item já está cadastrado como bem permanente.
- ✓ Uma via da nota fiscal é encaminhada ao setor de Patrimônio, que notifica a Gerência de Patrimônio (GEPAT) por e-mail solicitando o número de tombamento, quando se trata de equipamento médico.
- ✓ A GEPAT devolve um Termo de Responsabilidade e Termo de Entrega de Etiqueta para que Diretoria assine, juntamente com o número de tombamento que será colado no equipamento.
- ✓ Ao final de cada mês, todos os bens adquiridos são registrados em uma planilha e publicados no portal da transparência para garantir visibilidade e conformidade com as normas de transparência Institucional.

Entrada e Registro de Bens Imobilizados e Utensílios

- ✓ Ao realizar a entrada do item no sistema de gestão hospitalar, o item já está cadastrado como bem permanente.
- ✓ A nota fiscal é encaminhada ao setor de Patrimônio, que notifica a Gerência de Patrimônio via SIGUS, solicitando o número de tombamento, quando se trata de equipamento médico.
- ✓ A GEPAT devolve um Termo de Responsabilidade e Termo de entrega de Etiqueta para que diretoria assine, juntamente com o número de tombamento que será colado no bem.
- ✓ Ao final de cada mês, todos os bens adquiridos são registrados em uma planilha e publicados no portal da transparência para garantir visibilidade e conformidade com as normas de transparência institucional.

Inventário Patrimonial

O inventário anual tem como objetivo verificar fisicamente todos os bens patrimoniais, assegurando que os registros no sistema estejam atualizados e corretos, garantindo a integridade, localização e estado de conservação dos ativos. Além disso, o inventário anual contribui para o cumprimento das normas de transparência e auditoria, reforçando o controle patrimonial.

Periodicidade

O inventário será realizado uma vez ao ano, no último trimestre do ano.

Responsabilidades

Setor de Patrimônio: Responsável pela coordenação geral do inventário, garantindo a execução dos procedimentos de conferência e atualização dos registros.

Gestores de Setores/Unidades: Devem colaborar ativamente, facilitando o acesso aos bens de sua responsabilidade e apoiando na verificação de seu estado e localização.

Procedimentos para Realização do Inventário

Planejamento

O setor de Patrimônio elaborará um cronograma detalhado com datas, prazos e responsáveis pela realização do inventário.

Todos os setores e unidades serão previamente comunicados sobre o processo de inventário, com orientações sobre os procedimentos e prazos.

Preparação

A GEPAT envia as fichas de contagem

As fichas contêm todas as informações de identificação (número de tombamento), descrição e localização.

Todos os bens deverão estar devidamente etiquetados com o número de patrimônio para facilitar a conferência.

Ao fim do Inventário as fichas são assinadas e devolvidas ao GEPAT via e-mail.

O Herso aguarda uma devolutiva para fechamento oficial, a fim de solucionar uma eventual pendência.

Conferência Física

Cada bem será fisicamente conferido quanto à sua existência, estado de conservação e conformidade com os dados registrados no sistema (número de tombamento, localização e descrição), com a ajuda de um leitor de código de barras.

Qualquer divergência ou não conformidade (ex.: bem não localizado, avarias, troca de setor) será registrada em um relatório de **discrepâncias** para posterior análise e correção.

Atualização de Registros

Após a conferência física, o setor de Patrimônio realizará a atualização no sistema de gestão patrimonial, corrigindo eventuais informações incorretas, como localização, estado ou dados de identificação.

Bens extraviados ou irrecuperáveis serão submetidos a uma avaliação e, se necessário, ao processo de baixa patrimonial, conforme as normas internas

Relatório Final

Ao término do inventário, um relatório completo será gerado, contendo a relação de todos os bens verificados, bem como as discrepâncias encontradas e as respectivas ações corretivas tomadas.

O relatório será submetido à aprovação da alta administração e arquivado para consultas futuras, auditorias e controle interno.

5. GESTÃO DE CUSTOS

A Gestão de custos é exercida pela Gerência de Custos do HERSO e pela Superintendência Financeira do IPGSE, apresenta a finalidade de analisar dados estatísticos da Unidade, definição dos critérios de rateio, elaboração de mapas e relatórios de custos hospitalares, além de acompanhar o desempenho das atividades e respectivo impacto nos custos hospitalares.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS –CUSTOS DO IPGSE/HERSO:

- a) Orientar e dirigir os assuntos relativos à contabilidade, registrando dados da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;
- b) Examinar a documentação e classificar as operações segundo o plano de contas da Instituição;
- c) Executar os controles internos sobre as verbas de adiantamentos;
- d) Elaborar balancetes, demonstrativos e balanços;
- e) Manter atualizados as normas e rotinas de contabilidade, dando-lhes a necessária divulgação;
- f) Fornecer dados para a elaboração do Orçamento Anual da Instituição e seus ajustes necessários;
- g) Determinar os custos operacionais dos serviços de saúde através da consolidação dos valores de custos e despesas;
- h) Definição dos critérios de rateio;
- i) Elaboração de mapas e relatórios de custos hospitalares; e
- j) Acompanhar o desempenho das atividades e respectivo impacto nos custos hospitalares.

6. GESTÃO DE PESSOAS

O setor de Recursos Humanos desempenha um papel estratégico na gestão de pessoas, sendo responsável por processos fundamentais como recrutamento, seleção, admissão, integração, avaliação de desempenho e desligamento. Atualmente, cuidamos de 634 colaboradores, dos quais 351 são contratados sob o regime CLT e 283 são servidores públicos cedidos pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

Fica também sobre responsabilidade do RH conduzir a gestão por competências e avaliar os indicadores como turnover, absenteísmo e realização de entrevistas de desligamento. O Núcleo de Educação Permanente (NEP), vinculado ao setor, é responsável pelo planejamento e execução de treinamentos, monitorando o cumprimento de metas e promovendo o desenvolvimento contínuo dos colaboradores. Com um compromisso constante com a qualidade e a eficiência, o setor assegura que as políticas organizacionais sejam cumpridas, garantindo suporte aos colaboradores e contribuindo para o alcance dos objetivos institucionais.

7. GESTÃO DE MATERIAIS, INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA

A gestão do abastecimento no Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE) tem como responsabilidade garantir a disponibilidade de todos os insumos necessários para a cadeia assistencial, garantindo a continuidade do cuidado e a qualidade do atendimento, sempre em conformidade com as condições orçamentárias. Uma gestão eficiente dos estoques é essencial para decisões assertivas sobre o que, quanto e quando solicitar, estabelecendo uma margem de segurança que evite a falta de insumos, ao mesmo tempo em que se previne o acúmulo excessivo de estoques, que representa capital imobilizado.

Um dos grandes desafios na gestão de materiais é garantir que cada item, seja material ou medicamento, esteja disponível no ponto de consumo no momento certo, na quantidade e apresentação correta, com segurança e rastreabilidade. Para isso, é fundamental a integração de todas as atividades da cadeia de suprimentos, mudando para a redução de custos e ao aprimoramento da eficiência, o que inclui manter um bom relacionamento com os fornecedores.

O setor de suprimentos é responsável por gerenciar todos os estoques, garantindo o abastecimento contínuo de insumos, materiais e medicamentos essenciais.

Esse gerenciamento eficaz contribui para a otimização dos recursos humanos, a redução de compras desnecessárias, a minimização de perdas e a redução do saldo imobilizado em estoque. Além disso, promove maior segurança ao paciente, agilidade no abastecimento com a redução de sub estoques e a padronização de insumos, sempre com foco na racionalização dos recursos disponíveis.

O setor de suprimentos é encarregado de planejar a aquisição de medicamentos, materiais e insumos hospitalares, utilizando ferramentas de gestão de estoque que apoiam os setores solicitantes na decisão sobre o que, quando e quanto comprar. Do ponto de vista econômico, aplicamos a análise da curva ABC de consumo, que permite uma gestão diferenciada dos itens com base em seu valor. Utilizamos a curva XYZ de criticidade para analisar o grau de imprescindibilidade de cada item, classificando-os.

A metodologia PVPS, que significa "Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair", é um pilar fundamental no planejamento de gestão. Esse método prioriza a saída dos produtos com base em seus dados de validade, independentemente do momento em que foram recebidos, garantindo que os itens sejam utilizados antes de expirarem.

O setor de compras do IPGSE é responsável pelas negociações contando com serviço de uma plataforma digital de compras moderna, que possibilita diminuir o tempo de ressuprimento, reduzir o estoque e automatizar processos.

O setor de compras é responsável por escolher o método mais apropriado para formalizar a aquisição, considerando o tipo de item, a urgência e as normas de organização, respeitando o regulamento de compras. Utilizamos as seguintes modalidades.

CONTRATO

É um acordo que gera obrigações entre as partes, e que obriga o fornecedor a oferecer o produto, serviço ou resultado especificado e o comprador a pagar por ele, estabelecendo por meio de cláusulas as condições de fornecimento em conformidade com o Direito Civil Brasileiro e os Princípios da Teoria Geral de Contratos.

ORDEM DE COMPRAS

Documento oficial elaborado pela IPGSE, destinado a formalizar a compra de itens junto aos fornecedores, regulamentando a relação entre as partes envolvidas.

COMPRA EVENTUAL

Aquisição de itens de consumo esporádico, incluindo os itens não padrão e que não mantém estoque.

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

Compra de itens padronizados com consumo recorrente, ou seja, aqueles utilizados de maneira contínua ao longo do tempo.

COMPRA DE PEQUENA MONTA

A compra de pequena monta refere-se à aquisição de bens, serviços ou produtos de valor limitado, geralmente de baixo custo, que não exige processos complexos de licitação ou contratação. Essas compras são feitas para atender a necessidades imediatas ou rotineiras de uma organização e, por envolverem valores menores, seguem procedimentos simplificados para garantir agilidade e eficiência na sua realização.

COMPRA DE URGÊNCIA

Compras de urgência são realizadas em situações críticas e imprevistas que demandam resposta imediata para evitar prejuízos, interrupções nas operações ou riscos à segurança dos pacientes. Por seu caráter emergencial, podem seguir processos administrativos simplificados, conforme regulamentações, para atender rapidamente à necessidade.

CADASTRO DE FORNECEDORES

A seleção de fornecedores deve priorizar opções que atendam aos padrões de qualidade, prazos de entrega adequados, preços competitivos e requisitos legais, garantindo agilidade, eficiência e segurança. Além disso, é essencial seguir as diretrizes da ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos e insumos. A avaliação de fornecedores é crucial para assegurar sua capacidade de atender às demandas do setor.

Além disso, é crucial que esses fornecedores atendam às exigências legais e às necessidades do setor, garantindo operações ágeis, eficientes, econômicas, seguras e de alta qualidade.

O cadastro de fornecedores ocorre mediante a documentação descrita a seguir:

- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) – Obrigatório;
- Inscrição Estadual;
- Contrato social com as alterações ou Estatuto (Se houver);
- Alvará de funcionamento – Obrigatório;
- Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária (Renovação anual) – obrigatória;
- Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (Renovação anual) – obrigatória.
- Certidões negativas de débitos municipais, estaduais e federais.

O IPGSE exige que seus fornecedores adotem uma postura correta, moral e ética em todas as suas atividades, respeitando a licitude e transparência dos atos. Isso inclui a adesão estrita às leis e regulamentações aplicáveis, a implementação de políticas

anticorrupção e antissuborno, e o compromisso com a responsabilidade social e ambiental.

PROCESSO DE AQUISIÇÃO

O setor de compras tem como objetivo atender às necessidades de produtos ou serviços, de acordo com os requisitos de qualidade estabelecidos, no tempo adequado, e com as melhores condições de preço e pagamento

No IPGSE, existe um Regulamento Próprio para Compras e Contratação de Serviços e Obras, que especifica as diretrizes do subsistema de Compras, incluindo os critérios para seleção de fornecedores, bem como os métodos de aquisição.

O processo de aquisição é iniciado pelo setor de compras a partir da coleta da solicitação de compra, que deve ser elaborado pelo setor solicitante e devidamente aprovado pelo setor de suprimentos e pela diretoria administrativa.

As informações contidas na solicitação orientam o processo de aquisição, especialmente no que se refere aos tipos de compra necessários para manter um estoque de segurança.

A comunicação eficiente entre o setor de compras e o setor de suprimentos é crucial, pois diversas situações imprevistas podem surgir. Um exemplo comum é a indisponibilidade do produto solicitado por parte do fornecedor, o que deve ser comunicado imediatamente ao setor de compras. Este, por sua vez, informa o setor de suprimentos, que repassa a informação ao setor solicitante. O setor solicitante, então, está disponível a possibilidade de uma nova previsão de entrega ou de substituição do item. A resposta é encaminhada ao setor de compras para as emergências.

A emissão da nota fiscal pelo fornecedor dos produtos obtidos deve obedecer aos seguintes critérios:

- Constar CNPJ e endereço correto;
- Emitir uma nota para cada ordem de compra confirmada, constando o número da ordem de compra, sendo que a data da nota fiscal deve ser posterior a data da ordem de compra;
- Constar descrição, lote e validade dos produtos;
- Constar número de referência do instrumento contratual;
- Combinação antecipada quanto ao prazo de pagamento, sendo 30 dias corridos após a entrega via depósito bancário em conta corrente.

Caso a nota fiscal não estiver em conformidade com os critérios descritos acima ou em desacordo com a legislação vigente, será devolvida e o prazo de pagamento será dilatado, reiniciando a contagem após da data da correção.

RECEBIMENTO DE MERCADORIA

Os produtos somente serão aceitos se forem acompanhados da nota fiscal devidamente preenchida, sem quaisquer rasuras ou incorreções. No momento da coleta, é necessário realizar uma inspeção minuciosa da mercadoria para verificar a conformidade dos seguintes aspectos:

- Conferência entre ordem de compra e nota fiscal;
- Conferência da nota fiscal contendo os dados legais do IPGSE e dados bancários para depósito em conta;
- Conferência de marca solicitada;
- Conferência da descrição;
- Conferência de apresentação;
- Conferência de forma farmacêutica;
- Conferência de concentração;
- Conferência da quantidade por embalagem;
- Conferência de valor unitário;
- Conferência das condições de conservação;
- Conferência do lote do produto devendo ser o mesmo descrito na nota fiscal;
- Conferência do prazo de validade igual ou superior a 12 meses.

Em caso de detecção de qualquer irregularidade, o almoxarife deverá notificar o fornecedor formalmente por e-mail, solicitando uma solução dentro de um prazo de 24 horas. Durante esse período, o produto em questão será suspenso em uma área designada como "quarentena" até que o problema seja resolvido.

A empresa é obrigada a cumprir o prazo de entrega estipulado na ordem de compra. Caso as normas sejam descumpridas, o IPGSE enviará uma notificação ao fornecedor, informando sobre a irregularidade, ou que poderá impactar na qualificação.

AVALIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

A avaliação dos fornecedores é realizada com base no desempenho demonstrado durante o processo de entrega dos produtos. A classificação do fornecedor será determinada pela avaliação dos seguintes aspectos:

- Lote e marca entregue conforme nota fiscal e ordem de compra respectivamente;
- Condições de temperatura;
- Integridade dos itens;
- Qualidade do relacionamento entre as partes;
- Atraso da entrega;
- Cancelamento de entrega do item solicitado;

- Validade dentro do prazo estipulado;

Esses critérios geram uma pontuação percentual de desempenho que determina a classificação final do fornecedor. Aqueles que não atingirem uma pontuação mínima de 75% serão desclassificados. Em caso de desqualificação, o fornecedor será notificado por e-mail sobre os motivos específicos, e somente poderá manter o fornecimento após comprovar melhorias nos critérios avaliados.

A equipe técnica especializada realiza visitas técnicas aos fornecedores para garantir a qualidade dos produtos entregues. Os fornecedores devem apresentar documentos que comprovem as condições adequadas de armazenamento

- Para itens críticos, as visitas ocorrem regularmente, pois o envolvimento de produtos essenciais que afetam diretamente o prognóstico e a segurança do paciente.
- Para itens semicríticos, as visitas são bienais.
- Para itens não críticos, as visitas são determinadas pelo gestor da área, uma vez que esses itens não influenciam diretamente a assistência

Se durante a visita técnica for indicada alguma não conformidade, o setor da Qualidade, em conjunto com o setor de compras, elaborará um plano de ação a ser apresentado à Diretoria Administrativa. O fornecedor será informado dos resultados da análise e receberá orientações para realizar as adequações necessárias dentro dos prazos.

ARMAZENAMENTO DE MERCADORIA

O armazenamento é de responsabilidade do almoxarifado, deve ser executado de forma correta obedecendo certas exigências como:

- Respeitar o método de estocagem preferencialmente de acordo com a validade (PVPS – ‘primeiro que vence, primeiro que sai’)
- Identificação dos produtos, todos os materiais são codificados para facilitar a identificação dos itens armazenados, evitando a duplicidade de itens na hora da contagem de inventário, auxiliando na entrada e saída correta. A codificação também permite a integração dos estoques físico e virtual, permitindo que os colaboradores reconheçam quais produtos estão disponíveis. Ela é uma ferramenta importante na rastreabilidade, possibilitando o acompanhamento do trajeto do material/medicamento até sua dispensação.
- O espaço deve oferecer boa visibilidade e um fluxo racional para pessoas e materiais. Além disso, é necessário ter controle de acesso, permitindo que apenas pessoas autorizadas entrem, e monitoramento por câmeras em locais estratégicos.

- Organização, o espaço deve ser adequado para estocar de modo organizado os produtos. Respeitando o empilhamento em pallets distantes do solo, paredes e teto, além de respeitar as orientações de empilhamento de cada produto.
- Limpeza, o local deve ser de fácil higienização interior com rotinas de limpeza e dedetização implantadas e monitoradas.
- Condições adequadas de temperatura e umidade, com plano de ação, se houver oscilações. No caso de medicamentos que exijam condições especiais de temperatura, deve existir registro e controle de temperatura que comprovem o atendimento as exigências.

DISTRIBUIÇÃO DE MERCADORIA

A distribuição racional dos medicamentos e materiais assegura o envio dos produtos solicitados pelos usuários, na quantidade e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo estabelecido, empregando métodos de melhor custo versus eficácia e versus eficiência recursos financeiros. O IPGSE propõe o uso do sistema de distribuição individualizado, em que as prescrições de um paciente são enviadas à Farmácia e ela é responsável por avaliar a prescrição, intervir junto à equipe de saúde quando necessário, e dispensar todos os insumos necessários à assistência ao paciente por 12 horas. Este modelo permite mais controle sobre a gestão de estoques, reduzindo a quantidade de insumos nas unidades assistenciais, prevenindo a formação de subestoques.

INVENTÁRIO

O inventário faz a contagem física dos estoques para verificar se a quantidade de insumos estocados estão em conformidade com a quantidade registrada nas fichas de controle e no sistema informatizado. Possibilitando avaliar o valor total (contábil) dos estoques para efeito de balanço ou balancete, no encerramento do exercício fiscal.

Deve ser realizado obedecendo os seguintes períodos:

- Diariamente, de forma aleatória, como forma de monitoramento dos produtos, especialmente em determinados grupos de medicamentos: de controle especial, dispensação excepcional, alto custo e os de maior rotatividade;
- Semanal, pela contagem por amostragem seletiva de 10 a 20% dos estoques;
- Trimestral;
- Anual, obrigatoriamente, ao fim do ano-exercício, para atualização dos estoques e prestação de contas;
- Por ocasião do início de uma nova atividade, função, término de gestão, encerramento do ano em exercício, após período de afastamento, férias, entre outras condições.

INDICADORES SUPRIMENTOS

Para manter uma vigilância constante dos processos é necessário a monitorização a fim de detectar previamente os desvios dos padrões da prática esperada e através de um plano de ação corrigir a falha. Segue abaixo alguns indicadores para gerenciamento de estoque do setor de suprimentos:

- Índice compra emergencial
- Valor de compras totais mensais
- Índice de compra não padrão
- Índice de perda por validade
- Índice de acurácia do estoque
- Giro de estoque

FLUXOS LOGÍSTICOS

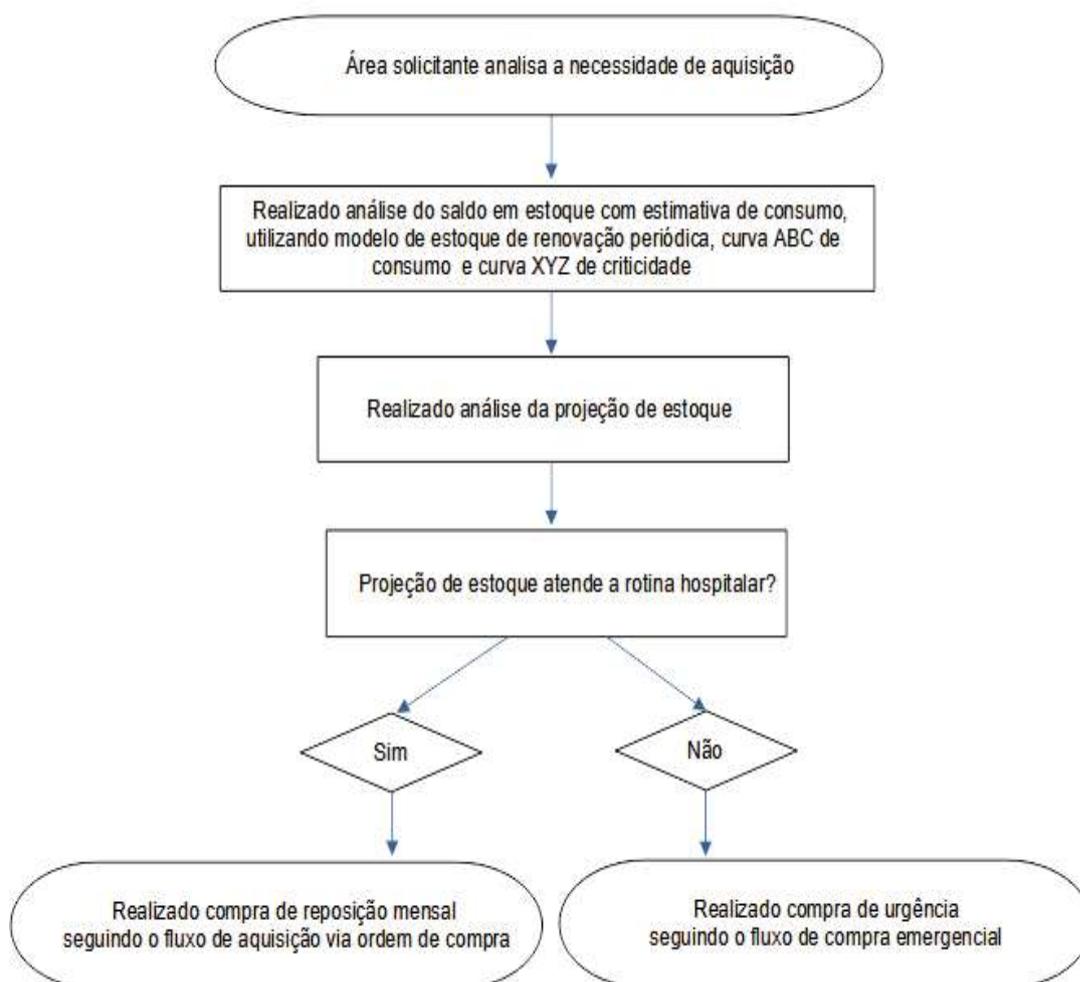


Figura 1 - Fluxograma para Programação de Aquisição para Reposição de Estoque

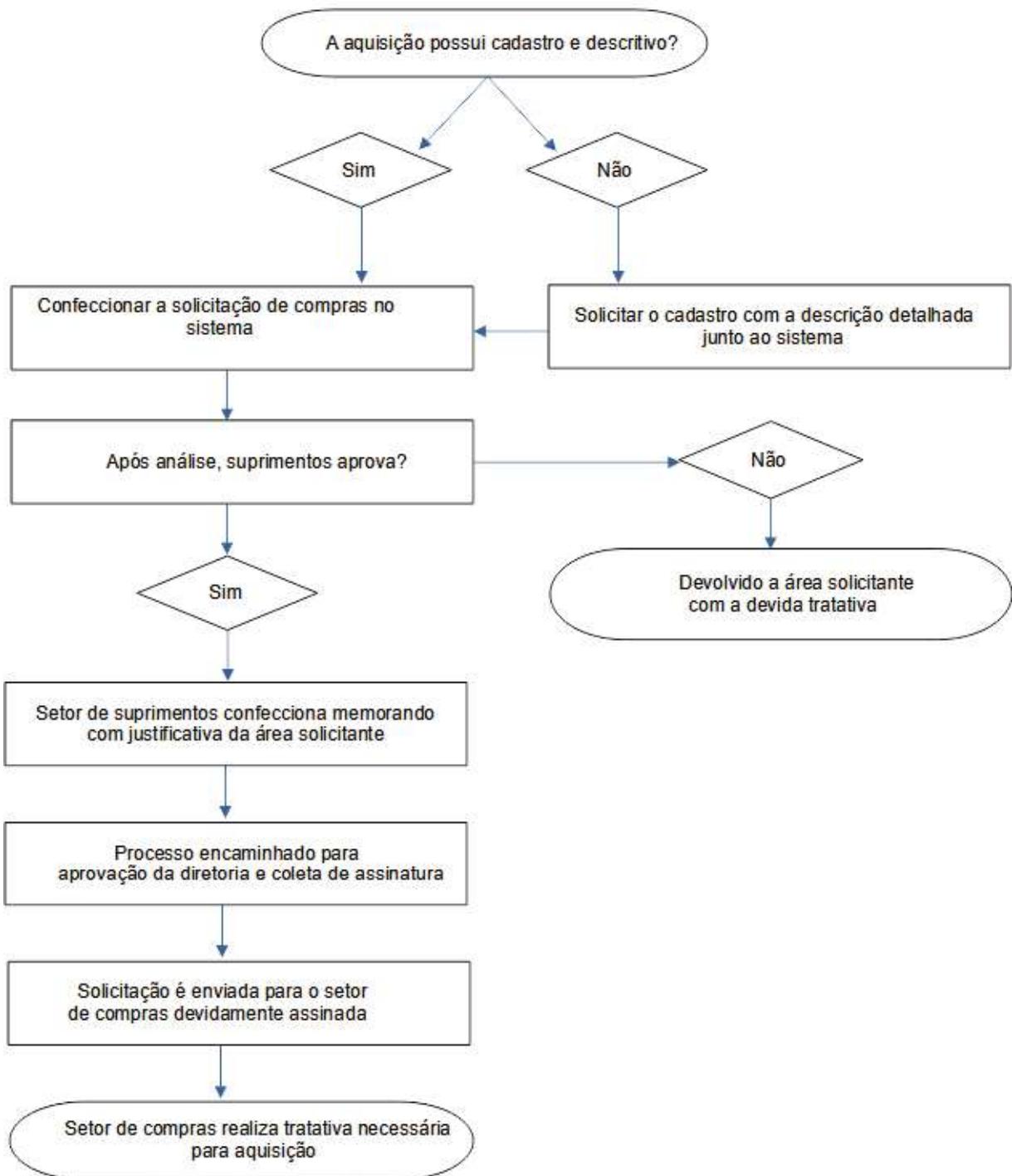


Figura 2 - Fluxograma de Aquisição Via Ordem de Compra

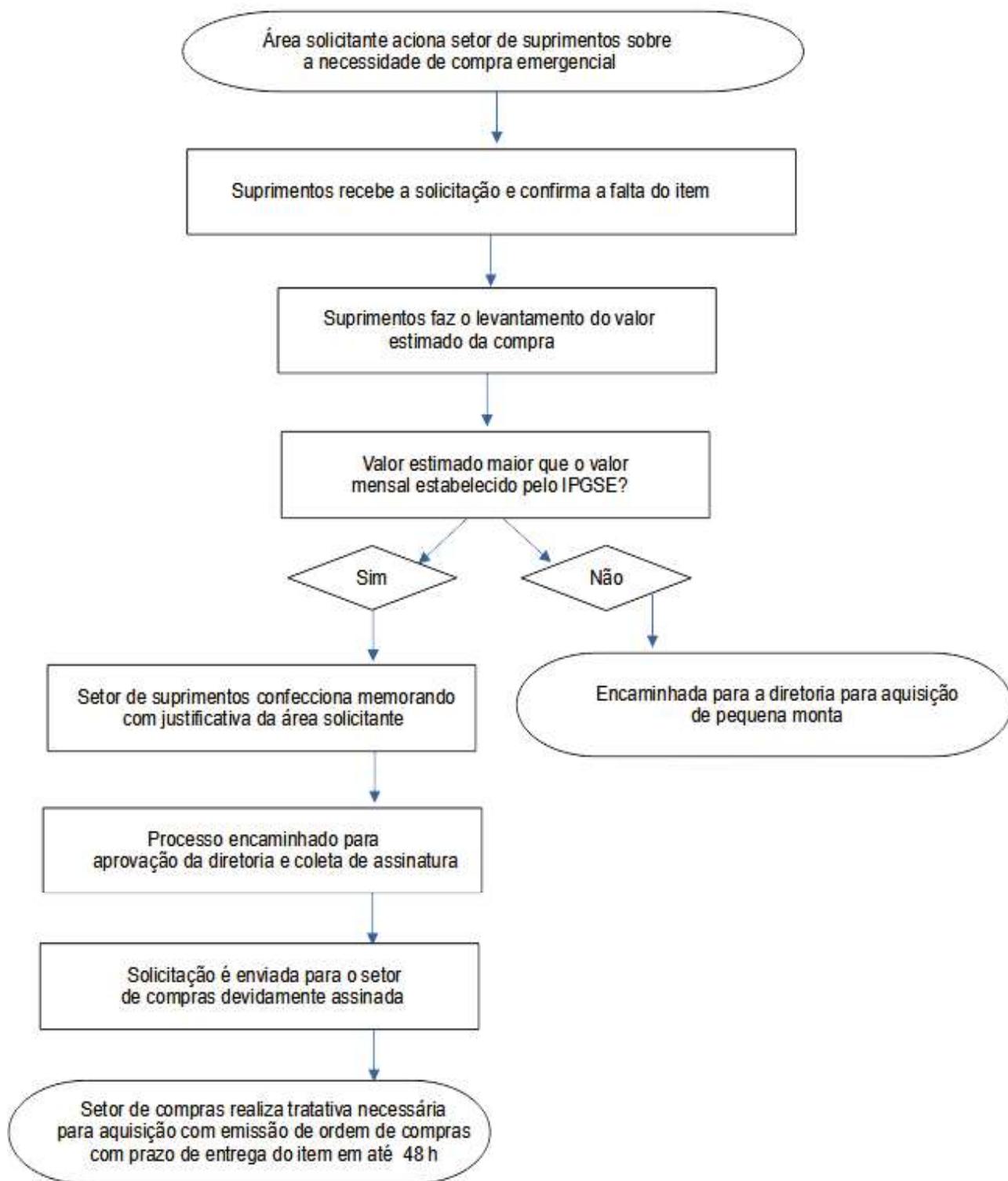


Figura 3 - Fluxograma de Compra Emergencial

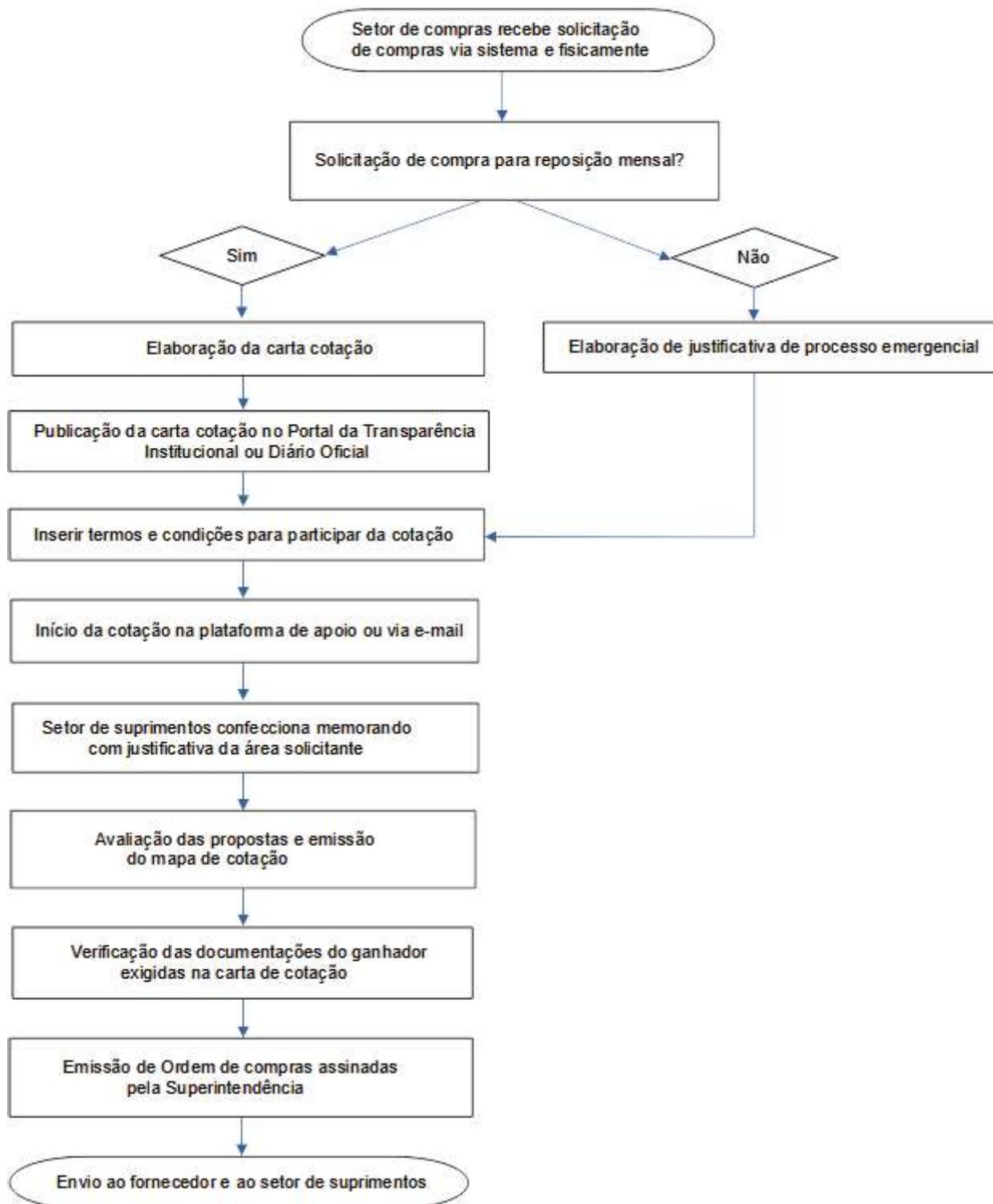


Figura 4 - Fluxograma de Emissão de Ordem de Compra

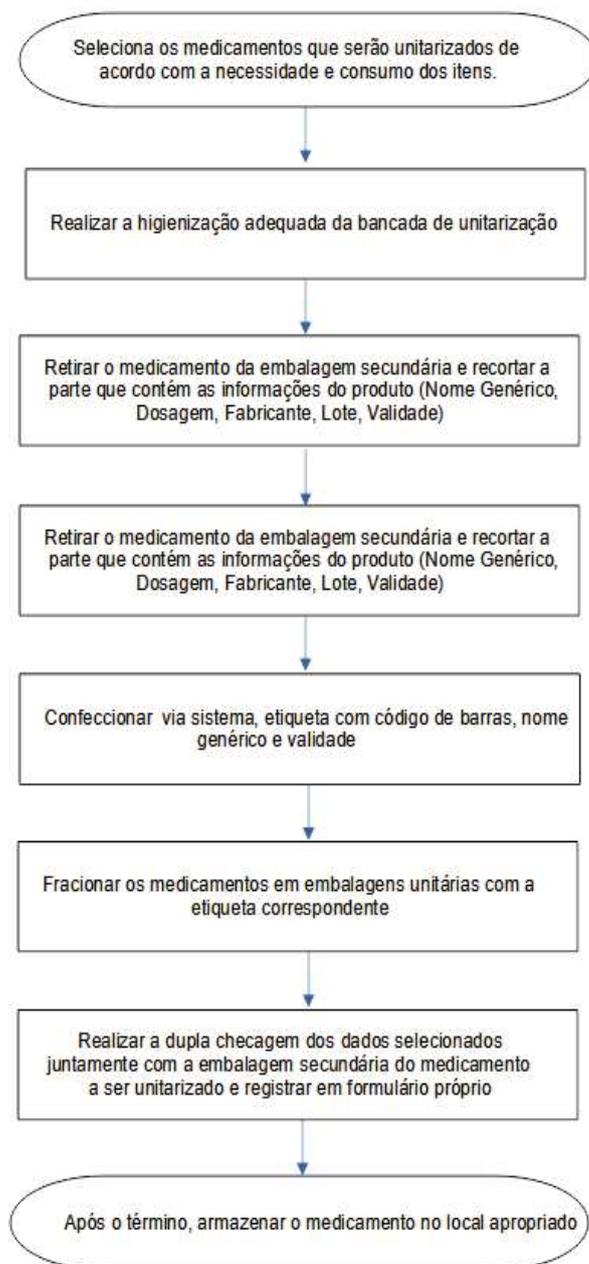


Figura 5 - Fluxograma de Unitarização de Medicamentos

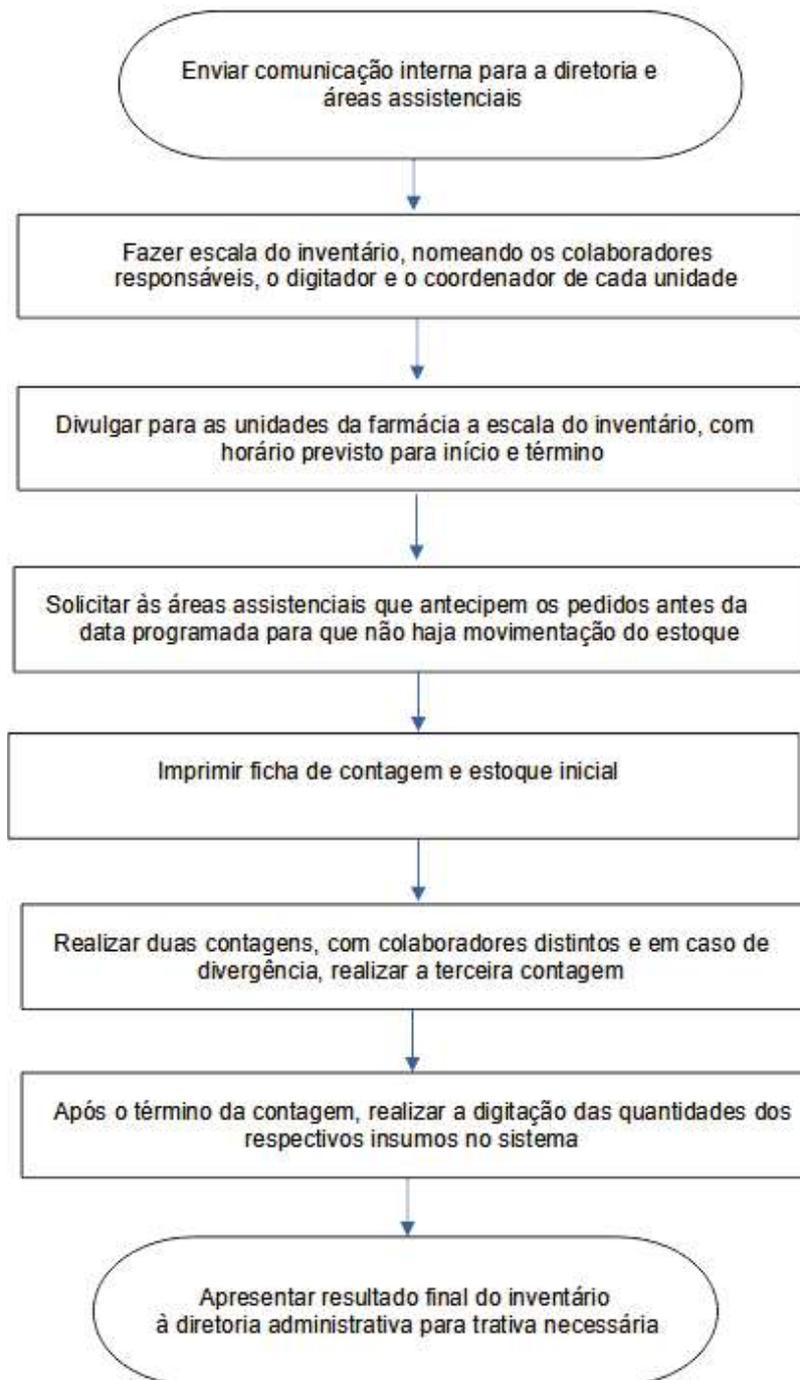


Figura 6 - Fluxograma de Inventário

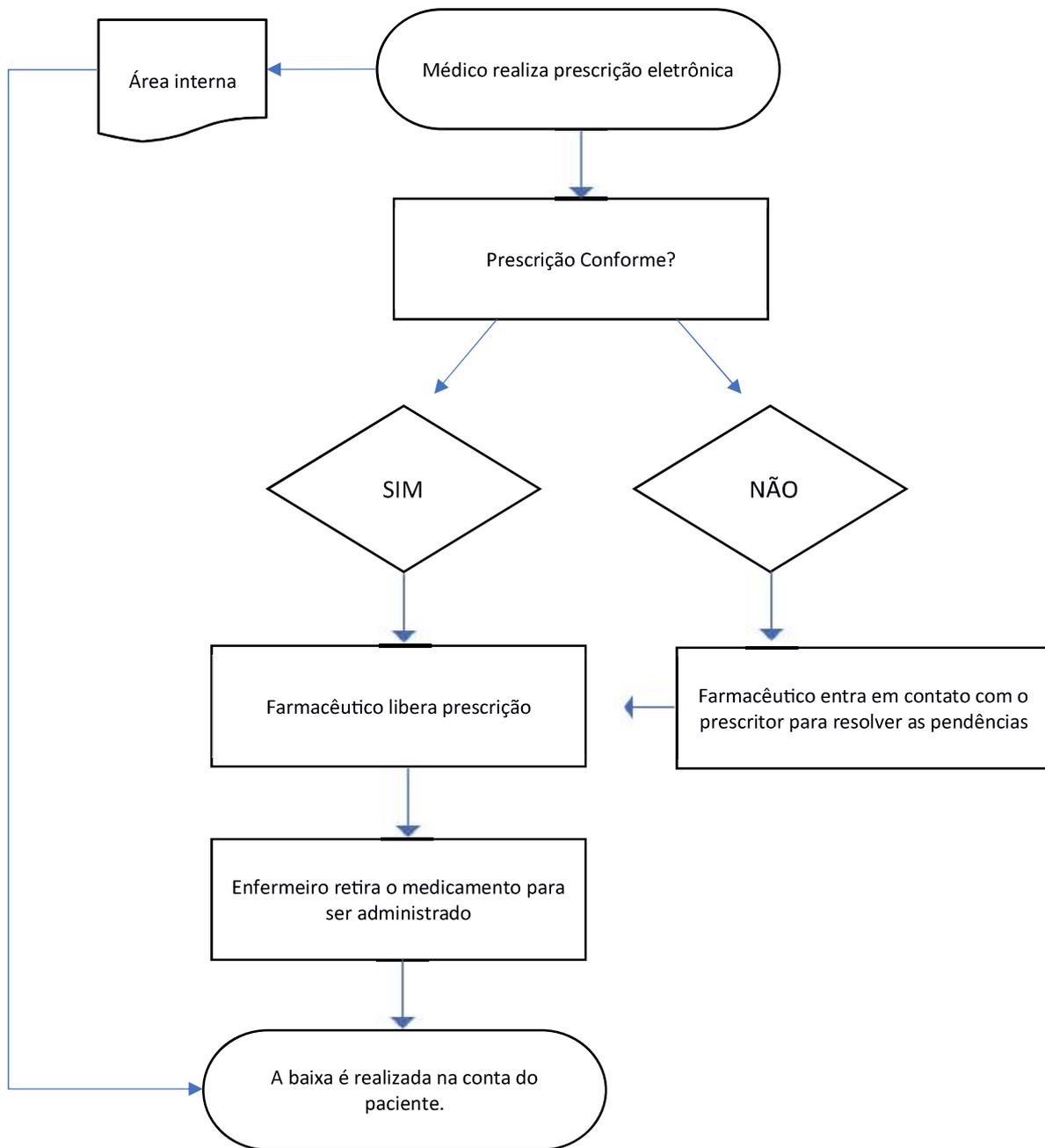


Figura 7 - Fluxograma de Aquisição Via Ordem de Compra

8. GESTÃO OPERACIONAL E GESTÃO DA SEGURANÇA, AMBIENTAL E ENSINO E PESQUISA, ATIVIDADES REALIZADAS

Núcleo Interno de Regulação (NIR)

O HERSO conta com os serviços do núcleo interno de regulação – NIR para interface com o complexo regulador estadual dos serviços ofertados na instituição, bem como: atendimento de urgência e emergência, consultas ambulatoriais/cirurgias eletivas, exames de diagnóstico por imagem. O controle dos atendimentos de urgência e emergência assim como dos agendamentos dos serviços eletivos são realizados através dos sistemas de gestão da Secretaria Estadual da Saúde (SES) pelos softwares: SERVIR e REGNET, estas ferramentas são geridas e gerenciadas pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), sendo a unidade responsável pelo monitoramento e operacionalização da mesma. A fim de reduzir o índice de absenteísmo o HERSO adotou a prática de ligações telefônicas aos usuários para confirmação de procedimentos agendados.

Serviço de integridade da pele

Com base no perfil de atendimento (trauma, politraumas, cirurgias ortopédicas e vascular) o HERSO implantou um enfermeiro exclusivo para curativos com foco no cuidado com a integridade da pele e no tratamento das feridas crônicas e agudas. Este profissional possui habilidades e conhecimentos necessários para avaliação da ferida e a prescrição do tratamento a ser utilizado. Além disso, é o responsável pelo envolvimento da equipe de enfermagem no cuidado diário, no que tange a prevenção, promoção e tratamento das feridas. O paciente é acompanhado desde a sua internação, até os retornos ambulatoriais, visando uma melhor evolução e êxito no tratamento. Em 2024 foram realizados 1.357 curativos em feridas de diversas complexidades, abaixo é detalhado os curativos realizados através de tabelas e gráficos.

RESUMO POR TIPO DE FERIDA														
DESCRIÇÃO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Deiscência de ferida operatória	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Erisipela / Celulite	27	6	2	22	7	0	0	0	0	11	4	4	83	7
Escoriações	0	0	32	29	1	1	5	13	2	0	1	8	92	8
Ferida Operatória	26	58	44	33	37	20	39	10	40	20	18	4	349	29
Ferida de Pé diabético	15	17	20	19	6	0	1	20	14	5	1	7	125	10
Lesão por Pressão	37	50	31	53	59	12	44	30	104	37	39	39	535	45
Abcesso em região Iliaca direita	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Dermatite em região anal	0	0	5	7	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1
Lesão por ficção de trauma	0	0	5	7	0	3	2	10	0	0	0	0	27	2
Amputação Traumática de perna	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Amputação de Transtibial	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Mão Esquerda, antebraço e mão direita	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	13	1
Fasciotomia	0	4	0	0	0	0	3	10	0	0	0	10	27	2
Hernia Umbilical	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Síndrome de Fournier	6	0	0	9	1	0	0	0	6	0	0	0	22	2
Ulcera Venosa	8	0	0	0	0	0	6	20	0	0	0	0	34	3
Não informado	0	4	3	1	0	2	0	0	1	5	0	12	28	2
TOTAL	120	144	142	180	128	38	100	113	167	78	63	84	1.357	113

Tabela 2 - Resumo por Tipo de Ferida | Fonte: Sistema Soul MV

RESUMO POR REGIÃO DA FERIDA														
DESCRIÇÃO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Face	0	0	1	1	0	1	2	2	0	1	0	1	9	1
Abdome	3	4	0	0	0	0	3	6	0	0	0	3	19	2
Crânio	0	0	0	0	0	0	1	6	0	3	1	4	15	1
Membro Inferior Direito	11	8	16	14	22	6	16	13	36	0	3	13	158	13
Membro Inferior Esquerdo	25	24	22	55	37	9	17	13	61	14	11	5	293	24
Membro Superior Direito	0	0	15	1	0	0	3	13	0	11	0	11	54	5
Membro Superior Esquerdo	0	4	4	13	0	3	0	0	0	0	0	1	25	2
Não informado	6	4	3	9	3	0	0	0	15	5	0	0	45	4
Pé direito	14	39	48	17	9	7	4	10	12	1	6	3	170	14
Pé esquerdo	9	8	9	10	11	2	12	10	13	18	6	4	112	9
Região Sacral	41	53	23	58	44	10	36	30	26	7	14	15	357	30
Tórax	0	0	0	0	2	0	6	10	4	0	0	0	22	2
Trocanter direito	9	0	1	2	0	0	0	0	0	18	22	24	76	6
Trocanter esquerdo	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
TOTAL	120	144	142	180	128	38	100	113	167	78	63	84	1.357	113

Tabela 3 - Resumo por Região Ferida | Fonte: Sistema Soul MV



Gráfico 1 - Curativos Complexos por mês | Fonte: Sistema SoulMV

Serviço de Desospitalização

O serviço de desinternação hospitalar é composto pelos profissionais da equipe Multiprofissional da unidade: Psicóloga, Assistente Social, Médico, Enfermeira do Serviço Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS), Enfermeiros e Nutricionista. Estes traçam um tratamento terapêutico, a fim de agilizar e aprimorar a efetivação do tratamento individualizado de acordo com a necessidade de cada paciente com objetivo de redução do período de permanência de usuários internados.

Equipe Multiprofissional

O HERSO presta assistência multiprofissional aos pacientes em âmbito hospitalar, contribuindo com a qualidade da assistência oferecida na promoção, prevenção e a reabilitação à saúde. As diversas ações realizadas pela equipe multiprofissional, são através de uma gestão que atua na realização de visitas multiprofissional com intuito de elaborar estratégia de cuidado, facilitando a troca de informação, melhorar o desempenho das atividades, relações individuais e coletivas, pois todos, (empresa/colaboradores) trabalham focados no mesmo objetivo e o paciente se beneficia de um atendimento completo e individualizado. Em continuidade as diversas ações constantemente realizadas pela Equipe Multiprofissional, através de uma gestão pautada no acolhimento, humanização, preconizando a segurança do paciente e a excelência nos atendimentos ofertados pela unidade.

Ouvidoria

A Ouvidoria do HERSO promove mensalmente a entrega de bombons aos colaboradores elogiados por acompanhantes ou pacientes da unidade, através da leitura e preenchimento do formulário “Mensagem Amiga” disponibilizado em todas as Unidades de Internação da unidade ou por outros meios. Em 2024 os colaboradores do HERSO receberam 479 elogios com uma taxa de aprovação em 98,69%.

Quantidade de Elogios

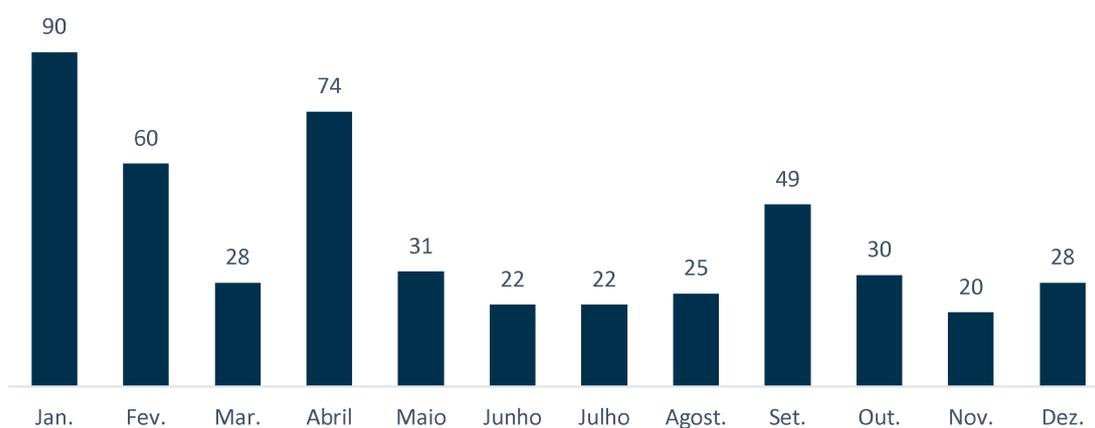


Gráfico 2 - Elogios recebidos por mês | Fonte: Ouvidoria HERSO

Índice Global de Satisfação

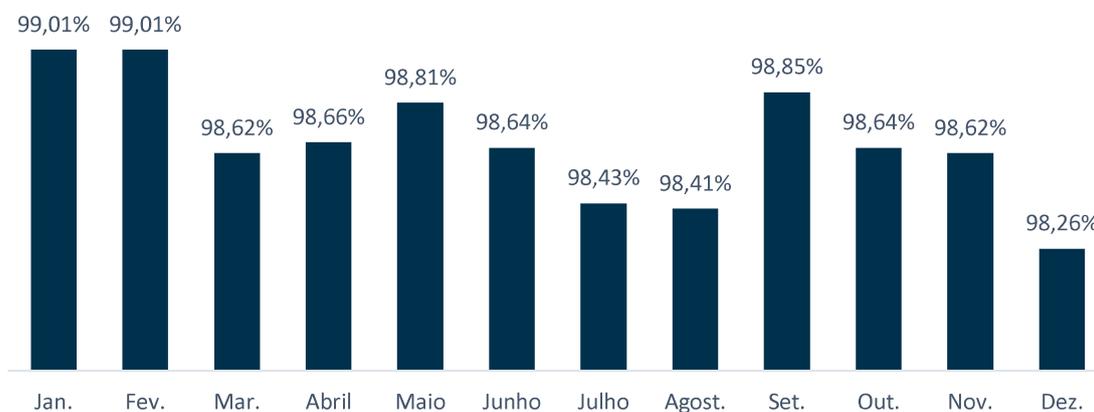


Gráfico 3 - Pesquisa de Satisfação por mês | Fonte: Ouvidoria HERSO

Serviço de controle de infecções relacionada a assistência à saúde (SCIRAS)

O Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) é uma área vital em ambientes de saúde, focada em prevenir, monitorar e controlar infecções.

Seus objetivos incluem: Prevenir, investigar, controlar e instruir profissionais de saúde e pacientes no controle de infecções, além do controle do uso de antibióticos.

MÉTODOS DE COLETA DE DADOS:

O SCIRAS do HERSO realiza a vigilância ativa fazendo a seguinte coleta de dados:

- Visita nas Unidades de Terapia Intensiva, clínica médica adulto, clínica médica pediátrica, clínica cirúrgica, clínica ortopédica, box, sala vermelha e amarela diariamente, para avaliação dos casos suspeitos (Sugeridos pela equipe multiprofissional);
- Avaliação dos pacientes que receberam prescrição de antibióticos para doenças não relacionadas ao motivo de internação, ou por antibioticoprofilaxia;
- Revisão diária dos resultados de culturas do laboratório de microbiologia;
- Vigilância dos egressos dos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico;
- Observação das rotinas assistências e educação continuada pontuando falhas identificadas na rotina, abertura de eventos e não conformidades;
- Acompanhamento de fluxo de rotinas estabelecidas e correção delas quando necessário;
- Auditoria observacional de Higienização das mãos por meio do formulário de observação dos 5 momentos (Antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo/asséptico; após o risco de exposição a fluidos corporais; após tocar o paciente e após tocar superfícies próximas ao paciente).

Os dados coletados devem ser analisados e interpretados. Taxas devem ser calculadas para avaliação do padrão endêmico e detecção precoce de possíveis surtos. Os dados obtidos na vigilância são utilizados no cálculo de taxas, como taxa de incidência, e índices de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - IRAS em diversas unidades de internação. A vigilância rotineira possibilita a coleta de numeradores para estas taxas, sendo importante determinar quais tipos de análise serão realizados para que denominadores adequados sejam obtidos. O denominador deve refletir os pacientes em risco para aquele evento e várias opções têm sido discutidas para melhor refletir a ocorrência de IRAS (por exemplo, paciente-dia, número de cirurgias, procedimento-dia). Os indicadores são disponibilizados via sistema Interact, enviado via e-mail para o serviço de qualidade do hospital, plataforma online LimeSurvey e apresentado na reunião mensal da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIRAS.

ATIVIDADES DIÁRIAS SCIRAS:

- Visita multidisciplinar UTI – preenchimento de formulário específico de busca ativa e contribuem com o levantamento de necessidades do paciente.
- Visita multidisciplinar Clínicas – acompanhamento por passagem de plantão e contribuem com o levantamento de necessidades do paciente.
- Atualização de planilha de precauções e isolamentos e envio por e-mail.
- Sinalização de precauções e demais necessidades;
- Abertura de não conformidades observadas;
- Preenchimento das planilhas com levantamentos de dados para os indicadores (paciente dia, dispositivos dia);
- Atualização de planilha de culturas com seus resultados;
- Alimentação de planilha de sepse;
- Alimentação de planilha de bundles de manutenção por amostragem;
- Auditoria de observação de higienização das mãos pelo tablet.
- Alimentação de planilha de observação de higienização das mãos;
- Acompanhamento de egressos cirúrgicos e atualização de planilha de acompanhamento;
- Estudos de casos para investigação de IRAS;
- Acompanhamento e avaliação de prescrições de antibióticos;
- Integração setorial sempre que necessário;
- Toda quarta-feira retira checklist de inserção e demais formulários físicos do serviço, incluir a quantidade na planilha de acompanhamento;
- Alimentação mensal dos indicadores, relatórios, plataformas obrigatórias da SCIRAS pela legislação como limesurvey e SIGUS;
- Auditoria diária dos dispositivos invasivos e alimentação da planilha;
- Acompanhamento dos pacientes admitidos oriundos de outro serviço, para rastreio de colonização e não conformidades relacionadas ao protocolo.

Núcleo hospitalar epidemiológico (NHE)

A Portaria n.º 2.529, de 23 de novembro de 2004, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar com a criação de uma rede de 190 núcleos hospitalares de epidemiologia (NHE) em hospitais de referência no Brasil. O HERSO conta com o NHE com objetivo de detectar e investigar doenças de notificação compulsória atendidas no hospital.

É um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos e interrupção da cadeia de transmissão dessas doenças. Faz parte da rotina diária as notificações epidemiológicas, a qual consiste na comunicação feita à autoridade sanitária por profissionais do NHE da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, para a adoção das medidas de intervenção pertinentes.

Guia de Notificações Compulsórias

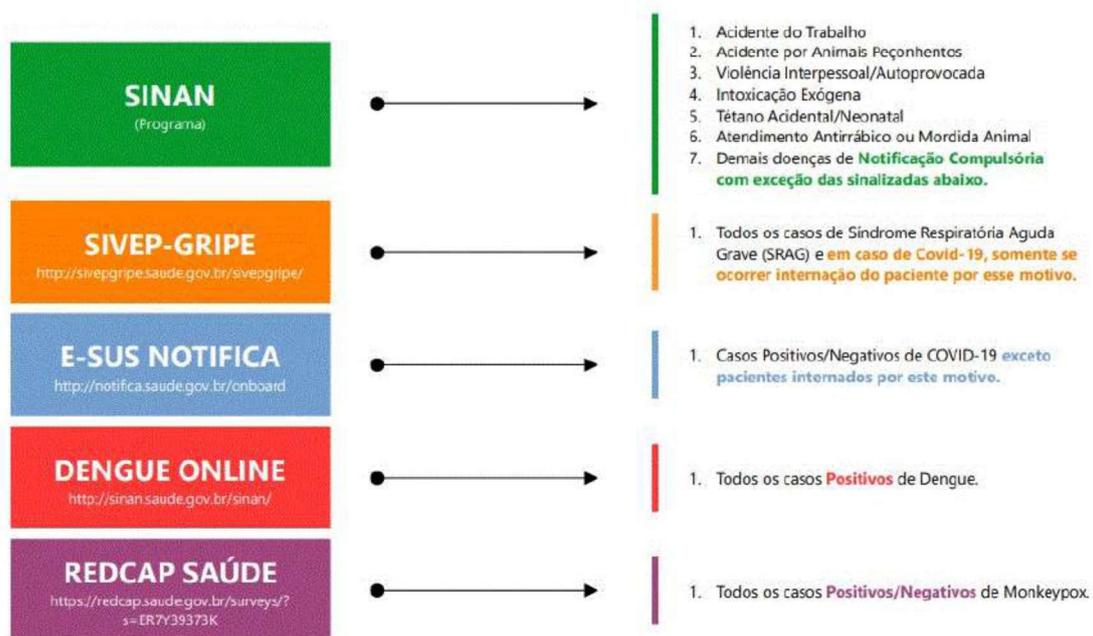


Figura 8 - Guia de Notificações Compulsórias | Fonte: Ministério da Saúde (MS)

ROTINAS DO SETOR:

- Visita setorial;
- Investigação passiva e ativa dos pacientes que deram entrada na instituição;
- Levantamento de dados e preenchimento de notificações compulsórias de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública (DAE);
- Alimentação das planilhas de acompanhamento;
- Investigação de óbitos conforme solicitado pela vigilância municipal;
- Digitação de todas as fichas em tempo oportuno;
- Participar das reuniões e treinamentos do estado;
- Toda segunda-feira é gerado e enviado o lote de notificação por e-mail.

Núcleo de educação permanente - NEP

O NEP visa atender as demandas de treinamento da equipe multiprofissional da instituição, com propostas de metodologias ativas com base no compromisso de desenvolvimento e capacitação dos colaboradores voltado para o aprimoramento da qualidade da assistência ao paciente. Em 2024 foram realizados 164 (cento e sessenta e quatro) treinamentos na unidade para os colaboradores, totalizando 5.903 (cinco mil novecentos e três) participantes, alcançando 656:11:00 (seiscentos e cinquenta e seis horas e onze minutos). A seguir, o detalhamento dos treinamentos executados em 2024:

SETOR	TEMAS ABORDADOS	Nº DE PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA	DATA	FACILITADOR
ASSISTÊNCIA	FERIDAS E COBERTURAS	179	12:00:00	12 A 21/01/2024	CARLOS FURQUIM
IMAGEM	CIRURGIA SEGURA	8	0:40:00	22/01/2024	ANA CAROLINA
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE	7	3:00:00	26/01/2024	IZABELA
LABORATÓRIO	EAS E LÍQUIDOS CAVITÁRIOS	7	3:00:00	16/01/2024	IZABELA
LABORATÓRIO	SEMEIO E IDENTIFICAÇÃO DE AMOSTAS MICROBIOLÓGICAS	7	3:00:00	16/01/2024	IZABELA
SHL	ORGANIZAÇÃO NO TRABALHO 5S	39	1:20:00	29 E 30/01/2024	JULIANA
NUTRIÇÃO CLÍNICA	MANUAL O LACTÁRIO	8	0:30:00	25/01/2024	CATIANE
SESMT	INTEGRAÇÃO DE SEGURANÇA	13	4:45:00	03, 05, 08, 11 E 12/01/2024	EQUIPE SESMT
NHE	NOTIFICAÇÕES COMPUSÓRIAS	43	5:44:00	24/26/01/2024	GEISA, JULIANA, MARA
AUDITORIA	PRONTUÁRIO SEGURO	97	28:00:00	29 E 30/01/2024	NATHAN GABRIEL
ARQUIVO	SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO	10	0:30:00	04/01/2024	ROSELI
ENGENHARIA CLÍNICA	BOMBAS DE INFUSÃO	13	1:00:00	23/01/2024	WILLIAN
RH	GESTÃO POR COMPETÊNCIA-SISTEMA	21	1:40:00	17/01/2024	GUILHERME FAVARETO
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	7	8:25:00	03, 05 E 12/01/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
AGT	UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS NO MV	6	3:00:00	27/02/2024	IZABELA ALVES
ASSISTENCIA	ATENDIMENTO INICIAL AO GRANDE QUEIMADO INTRA HOSPITALAR	201	10:00:00	6, 7, 8, 21, 25, 28 E 29 /02/2024	CARLOS FURQUIM
FISIOTERAPIA	MANEJO DA VM	71	0:45:00	26/02/2024	REGIANE LOPES
IMAGEM	USO DE VESTIMENTO E PROTEÇÃO	8	0:40:00	20/02/2024	ANA CAROLINA
LABORATÓRIO	COLETA E IDENTIFICAÇÃO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS	16	3:00:00	27/02/2024	IZABELA ALVES
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	7	3:00:00	20/02/2024	IZABELA ALVES

LABORATÓRIO	COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS	33	4:00:00	22/02/2024	EDUARDO UTSCH
LOGÍSTICA	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS NO MV	49	8:00:00	21 E 22/02/2024	ZELIO/MARCELO
SCIRAS	PRECAUÇÃO PADRÃO E ADICIONAIS	53	3:00:00	28/02/2024	EQUIPE SCIRAS
SESMT	INTEGRAÇÃO SETORIAL	5	2:35:00	6, 15 E 19/02/2024	JULIANA/CARLA
SESMT	NR-10	8	8:00:00	16/02/2024	DEBORA MAYLA
SESMT	NR-32	91	8:00:00	27, 28 E 29/02/2024	EQUIPE SESMT
NSP	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	89	5:00:00	26, 27 E 28/02/2024	NATALIA DA SILVA
RECEPÇÃO	FLUXO NA RECEPÇÃO	13	1:50:00	06/02/2024	TIAGO CAIXETA
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	9	9:40:00	7, 9, 15 E 19/02/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
NEP	CATÁSTROFE (AUDITORES)	8	2:30:00	20/02/2024	ROBERTA CARDOSO
NEP	CATÁSTROFE (VÍTIMAS)	9	2:30:00	20/02/2024	CARLOS FURQUIM
AGT	DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	4	3:00:00	18/03/2024	IZABELA ALVES
AGT	TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES	3	6:00:00	21 E 22/03/2024	IZABELA ALVES
ASSISTÊNCIA	CUIDADOS CENTRADOS COM PACIENTE EM USO DE DRENOS	147	9:00:00	11, 12, 13, 19, 20 E 21 /03/2024	CARLOS FURQUIM
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	6	3:00:00	18/03/2024	IZABELA ALVES
SCIRAS	PREVENÇÃO DE IPCD-CHECK LIST DE INSERÇÃO E BUNDLES	55	1:30:00	25 E 26/03/2024	EQUIPE SCIRAS
SESMT	FLUXOGRAMA DE ACIDENTES DE TRABALHO E NR-06 EQUIPAMENTO INDIVIDUAL/PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO	65	6:00:00	26 E 27/03/2024	EQUIPE SESMT
FONOaudiologia	QUANDO É INDICADO A GASTRONOMIA?	34	1:00:00	26, 27 E 28/03/2024	IRENE CORREA
NUTRIÇÃO CLÍNICA	INDICADORES DE QUALIDADE DA NUTRIÇÃO CLÍNICA	3	0:30:00	22/03/2024	CATIANE MARTINS
PSICOLOGIA	OTIMIZAÇÃO DAS DEMANDAS PSICOLÓGICAS	1	0:30:00	28/03/2024	MAYNA FERREIRA
NSP	COMUNICAÇÃO EFETIVA	8	0:30:00	27/03/2024	NATÁLIA RODRIGUES

SESMT	INTEGRAÇÃO SETORIAL	7	1:00:00	1º E 14/03/2024	CARLA/GABRIEL
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	7	6:45:00	01 E 14/03/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
FISIOTERAPIA	PRESCRIÇÕES E EVOLUÇÕES DE FISIOTERAPIA	15	0:45:00	15, 16 E 17/04/2024	MILLENE LEITE
IMAGEM	USO DE TABELA DE EXPOSIÇÃO E OPERAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	8	1:00:00	12/04/2024	ANA CAROLINA RESENDE
IMAGEM	EXAME DE RX NO LEITO	8	1:00:00	15/04/2024	ANA CAROLINA RESENDE
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	9	3:00:00	22/04/2024	ISABELA ALVES
SCIRAS	PREVENÇÃO DE PNM-BUNDLE	44	1:00:00	25,26/04/2024	EQUIPE SCIRAS
SESMT	VACINAÇÃO	248	24:00:00	22,23 E 24/04/2024	JOSIANE ARANTES
SESMT	NR-32	7	1:00:00	17/04/2024	JULIANA FERREIRA
SESMT	NR- 26 MANUSEIO DE PRODUTOS QUÍMICOS	7	2:00:00	22 E 23/04/2024	RUBENS PEREIRA
RECEPÇÃO	CONTROLE DE ACESSO	21	2:00:00	09/04/2024	TIAGO CAIXETA
ENGENHARIA CLÍNICA	VENTILADOR PULMONAR	5	0:30:00	19/04/2024	GUILHERME DOS SANTOS
SESMT	INTEGRAÇÃO SETORIAL	3	1:40:00	01 E 08/04/2024	JULIANA FERREIRA
RH	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	10	9:50:00	01, 08 E 17/04/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
SESMT	ABRIL VERDE	10	0:29:00	18/04/2024	MARIELY FIRMINO
AGT	DESCARTE DE MATERIAIS	65	9:00:00	17, 18 E 19/04/2024	ISABELA ALVES
FATURAMENTO	ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS	3	0:10:00	09/04/2024	NATHAN GABRIEL
ASSISTÊNCIA	ESCALA DE COMA DE GLASGOW	49	2:00:00	15 E 16/05/2024	CARLOS FURQUIM
IMAGEM	USO DE BOMBA INJETORA	8	1:00:00	10/05/2024	ANA CAROLINE ALVES
IMAGEM	USO DE DOSÍMETROS E EXPOSIÇÃO	8	1:00:00	10/05/2024	ANA CAROLINE ALVES
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	9	3:00:00	20/05/2024	IZABELA ALVES
SHL	ASSIDUIDADE	24	2:00:00	7, 8 E 9/05/2024	JULIANA SILVA

SCIRAS	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	49	1:00:00	05 E 06/05/2024	EQUIPE SCIRAS
SESMT	DESCARTE DE RESÍDUOS SÓLIDOS	48	7:30:00	6, 7, E 8/05/2024	CARLA JAQUELINE
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	6	8:55:00	3, 8 E 10/05/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
FISIOTERAPIA	PDI	1	0:20:00	17/05/2024	MILLENE LEITE
AGT	HEMOVIGILÂNCIA	72	3:00:00	22, 23 E 24/05/2024	IZABELA ALVES
LABORATÓRIO	PLACA DE MONITORAMENTO/HEMOVIGILÂNCIA	71	3:00:00	22, 23 E 24/05/2024	IZABELA ALVES
NUTRIÇÃO CLÍNICA	PROCEDIMENTO DO LACTÁRIO	5	1:00:00	23/05/2024	CATIANE MARTINS
FATURAMENTO	FATURAMENTO DE PRONTUÁRIOS ELETIVOS	5	3:00:00	23 E 24/05/2024	NATHAN GABRIEL
FISIOTERAPIA	PARÂMETROS DE ADMISSÃO EM VM	41	0:45:00	11, 12 E 13/06/2024	MILLENE LEITE
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	8	3:00:00	24/06/2024	IZABELA ALVES
SHL	POSTURA E ÉTICA PROFISSIONAL	39	3:00:00	17, 18 E 19/06/2024	JULIANA COSTA
SCIRAS	PREVENÇÃO DE ITU-CHECK LIST DE INSERÇÃO E BUNDLE	84	2:00:00	12, 13 E 14/06/2024	EQUIPE SCIRAS
SESMT	SAÚDE MENTAL	71	4:00:00	12 E 13/06/2024	JOSIANE FERNANDES
RECEPÇÃO	CONTROLE DE GUARDA VOLUME	14	1:30:00	19/06/2024	TIAGO CAIXETA
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	9	10:45:00	3,4,5, E 17/06/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
SESMT	INTEGRAÇÃO SETORIAL	6	2:25:00	04, 05 e 17/06/2024	EQUIPE SESMT
AG. TRANSFUSIONAL	PRÁTICA DE CONTROLE DE RISCO	7	3:00:00	08/07/2024	IZABELA ALVES
AG. TRANSFUSIONAL	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	7	3:00:00	31/07/2024	IZABELA ALVES
ASSISTÊNCIA/NEP	CUIDADOS CENTRADOS C/ PACIENTE EM USO DE SONDAS/DRENOS/CATETERES	151	12:00:00	12,16,21,22,28 E 29/07/2024	CARLOS FURQUIM
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	9	3:00:00	22/07/2024	IZABELA ALVES
LABORATÓRIO	COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS CRÍTICOS E	12	3:00:00	15/07/2024	IZABELA ALVES

	PRÁTICAS DE CONTROLE DE RISCO				
SESMT	NR-33	2	16:00:00	25 E 26/07/2024	RODRIGO JARLEN
SESMT	RECICLAGEM	4	2:00:00	1 E 18/07/2024	GABRIEL OLIVEIRA
SESMT	INTEGRAÇÃO SETORIAL	3	0:50:00	1 E 17/07/2024	CARLA SANTOS/RUBENS PEREIRA
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	3	4:55:00	1 E 17/07/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
QUALIDADE	RELATÓRIO CUSTO INDIVIDUALIZADO	25	1:30:00	02/07/2024	CRISTINA SOUZA
LABORATÓRIO	CAPACITAÇÃO PRÁTICA EM TESTES RÁPIDOS	10	1:00:00	05/07/2024	DANIELE PRADO
ASSISTÊNCIA	TÉCNICA DE SUD	37	2:00:00	04, 05/07/2024	RAFAEL PEREIRA
ASSISTÊNCIA	PRÁTICAS SEGURAS ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO	167	12:00:00	7, 8, 9, 14, 15 E 16/08/2024	CARLOS FURQUIM
FISIOTERAPIA	INDICADORES DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	12	0:45:00	19, 20 E 21/08/2024	MILLENE LEITE
FONOAUDIOLÓGICA	POSICIONAMENTO NO LEITO NA HORA DA OFERTA DE DIETA VIA ORAL E ENTERAL	23	0:30:00	27,28 E 29/08/2024	IRENE CORREA
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	9	2:00:00	21/08/2024	IZABELA MIRANDA
LABORATÓRIO	PROCESSAMENTO DE LÍQUIDOS CAVITÁRIOS	6	3:00:00	28/08/2024	IZABELA MIRANDA
NUTRIÇÃO CLÍNICA	PREENCHIMENTO DE ESTATÍSTICA E PLANILHA DE INDICADORES	4	1:00:00	22/08/2024	CATIANE MARTINS
SESMT	SIPAT	185	7:00:00	19, 20 E 21/08/2024	FACILITADORES INTERNOS/EXTERNOS
SESMT	NR-17 ERGONOMIA	24	1:00:00	20/08/2024	GABRIEL OLIVEIRA
SESMT	FLUXOGRAMA DE ACIDENTE DE TRABALHO	1	1:00:00	08/08/2024	GABRIELO OLIVEIRA
SESMT	INTEGRAÇÃO SETORIAL	10	2:00:00	16 E 19/08/2024	GABRIEL OLIVEIRA
PSICOLOGIA	PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS	2	1:00:00	26/08/2024	SONIA PRADO
RECEPÇÃO	ATENDIMENTO AO PÚBLICO	12	1:30:00	13/08/2024	ELIZAMA SANTOS
T.I	INTEGRAÇÃO SETORIAL	9	0:15:00	16/08/2024	JOSÉ LUCIANO

RH/NEP	ORIENTAÇÕES DE ABERTURA DE CONTA	18	0:30:00	30/08/2024	LUCAS FERREIRA
SCIRAS	INTEGRAÇÃO SETORIAL	9	0:20:00	16/08/2024	NAIANE ALVES
RH/NEP	INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL	10	4:00:00	16/08/2029	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	11	10:15:00	8, 16 E 19/08/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
AGT	TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES	3	2:00:00	09/09/2024	ISABELA ALVES
NEP	ANOTAÇÕES E EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM	130	7:00:00	9,10,11,15,21,25 E 26/09/2024	CARLOS FURQUIM
LABORATÓRIO	COMUNICADO DE RESULTADOS DE NOTIFICAÇÕES COMPLUSÓRIA	6	2:00:00	09/09/2024	ISABELA ALVES
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	8	2:00:00	23/09/2024	ISABELA ALVES
PSICOLOGIA	SETEMBRO AMARELO	22	1:30:00	11/09/2024	SÔNIA PRADO
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	7	17:45:00	2, 6, 9, 10 E 12/09/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
SESMT	CIPA	30	10:00:00	09 E 10/09/2024	RUBENS PEREIRA/JULIANA ARAÚJO
NSP	SEGURANÇA DO PACIENTE	60	6:15:00	17 E 18/09/2024	NATÁLIA RODRIGUES
ASSISTÊNCIA	SETEMBRO VERDE	89	15:00:00	12 E 13/09/2024	RAFAEL PEREIRA
ASSISTÊNCIA	INCLUSÃO NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	10	0:30:00	5 E 6/09/2024	RAFAEL PEREIRA
ENGENHARIA CLÍNICA	VENTILAÇÃO PULMONAR	35	1:00:00	24 E 25/09/2024	GUILHERME RONIN
SCIRAS	PROTOCOLO DE SEPSE	6	0:45:00	18/09/2024	PEDRO AMORIM
SESMT	NR-32	2	1:00:00	13/09/2024	GABRIEL OLIVEIRA
SESMT	INTEGRAÇÃO SETORIAL	3	1:40:00	6, 10 E 13/09/2024	EQUIPE SESMT
NSP	LESÃO POR PRESSÃO	106	8:30:00	25 E 26/09/2024	LUANA LOPES
AGT	HEMOVIGILÂNCIA	31	6:00:00	14/10/2024	IZABELA ALVES
NEP	ATENDIMENTO INICIAL VÍTIMA DE POLITRAUMA	171	15:00:00	8, 9, 10, 25, 26 E 27/10/2024	CARLOS FURQUIM

FISIOTERAPIA	PREVENÇÃO DE PAV NAS UTIS	13	0:45:00	22, 23 E 24/10/2024	REGIANE LOPES
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	8	2:00:00	21/10/2024	IZABELA ALVES
SHL	CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS HOSPITALARES	38	3:00:00	21, 22 E 23/10/2024	LORENA JESUS/MÁRCIA LEAL/GIVALDO SILVA
SHL	TÉCNICAS DE HIGIENIZAÇÃO	38	3:00:00	21, 22 E 23/10/2024	LORENA JESUS/MÁRCIA LEAL/GIVALDO SILVA
SHL	MEIOS DE COMUNICAÇÃO	38	3:00:00	21, 22 E 23/10/2024	LORENA JESUS/MÁRCIA LEAL/GIVALDO SILVA
NUTRIÇÃO CLÍNICA	INDICADOR DE VOLUME PRESCRITO x VOLUME INFUNDIDO	41	4:00:00	15, 16 E 17/10/2024	CATIANE SOUSA
PSICOLOGIA	CUIDADO HUMANIZADO COLABORADOR-PACIENTE	2	0:45:00	16/10/2024	SONIA PRADO
NSP	LESÃO POR PRESSÃO	25	0:50:00	01/10/2024	LUANA LOPES
SCIRAS	INTEGRAÇÃO SETORIAL	9	0:30:00	01/10/2024	WESLEY MENDES
NSP	SEGURANÇA MEDICAMENTOSA	208	21:28:00	28, 29 E 30/10/2024	LUANA LOPES/NATÁLIA RODRIGUES
RECEPÇÃO	ATUALIZAÇÃO DO SISTEMA	15	1:00:00	15/10/2024	ELIZAMA SANTOS
FARMÁCIA	ROTINAS E MELHORIA DE PROCESSOS	12	1:30:00	17/10/2024	BÁRBARA PARTATA
RH	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	16	17:30:00	1, 3, 4, 10, 11 E 17/10/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
SESMT	INTEGRAÇÃO SETORIAL	16	6:00:00	1, 3, 4, 10, 11, 17/10/2024	EUIPE SESMT
SESMT	OUTUBRO ROSA	151	14:00:00	9, 10 E 11/10/2024	EQUIPE SESMT
NEP	PCR/RCP/OVACE	193	13:00:00	8, 10, 11, 14, 15 E 16/11/2024	CARLOS FURQUIM
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	8	2:00:00	25/11/2024	IZABELA MIRANDA
PSICOLOGIA	CONTROLE EMOCIONAL NO AMBIENTE DE TRABALHO	2	1:00:00	21/11/2024	SÔNIA PRADO
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	6	6:55:00	01 E 11/11/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
SESMT	INTEGRAÇÃO SETORIAL	1	0:10:00	11/11/2024	PAULA CAMILA
SCIRAS	INTEGRAÇÃO SETORIAL	5	0:20:00	01/11/2024	FRANCIELLY RAMOS

FARMÁCIA	RISCOS DA FARMÁCIA	11	2:00:00	11 E 12/11/2024	BÁRBARA PARTATA
FARMÁCIA	SEMANA MUNDIAL CONSCIENTIZAÇÃO NACIONAL DE ANTIMICROBIANOS	63	1:45:00	21 E 22/11/2024	KARLA ASSAF/VIVIANE APOLINÁRIO
SESMT	NOVEMBRO AZUL	153	10:40:00	27, 28 E 29/11/2024	PATRICIA MENDES/PAULA CAMILA
RH	GESTÃO POR COMPETÊNCIAS	2	0:20:00	29/11/2024	ANNE CAROLINE AFONSO
SESMT	NR-32	5	1:00:00	01/11/2024	JULIANA DE OLIVEIRA
NEP	CATÁSTROFE	261	15:00:00	07, 08, 09, 16, 17 E 18/12/2024	CARLOS FURQUIM
FISIOTERAPIA	COLETA DE ASPIRADO TRAQUEAL PARA CULTURA	29	0:45:00	17, 18 E 19/12/2024	REGIANE LOPES
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	8	2:00:00	16/12/2024	IZABELA SOUSA
RECEPÇÃO	METAS ESTATÍSTICAS	20	1:00:00	26/12/2024	ELIZAMA
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	12	13:55:00	2, 9, 10, 12 E 16/12/2024	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
SESMT	INTEGRAÇÃO DE SEGURANÇA	10	2:25:00	2, 9, 12 E 16/12/2024	PAULA CAMILA E GABRIEL OLIVEIRA
RH	GESTÃO POR COMPETÊNCIA	266	3:50:00	2, 7, 8, 9, 16, 17 E 18/12/2024	CARLOS FURQUIM/ANNE CAROLINE
ASSISTÊNCIA	APLICAÇÃO DO KAMISHIBAI	40	3:25:00	17, 18 E 19/12/2024	RAFAEL/ LUDIMILA
ENGENHARIA CLÍNICA	BOMBA DE INFUSÃO	72	4:00:00	11 E 12/12/2024	ANDREIA PETRILLA
ENGENHARIA CLÍNICA	VENTILADOR SERVO I	44	2:00:00	19 E 20/12/2024	RITA AMARO
FISIOTERAPIA	ASPITAÇÃO	52	0:45:00	17, 18 e 19/12/2024	REGIANE LOPES
LABORATÓRIO	COLETA DE SWAB RETAL	46	4:00:00	11, 12, 13 E 16/12/2024	IZABELA SOUSA
TOTAL:		5.903	656:11		

Tabela 4 - Detalhamento de Treinamentos Mensais | Fonte: Núcleo de Educação Permanente (NEP)

Núcleo de segurança do paciente (NSP)

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP por meio da portaria N° 529 de 1 de abril de 2013, que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Promovendo e apoiando

a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente - NSP nos estabelecimentos de saúde.

A segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Compreender os fatores associados à ocorrência dos incidentes orienta a elaboração de ações para redução do risco, aumentando a segurança do paciente. A resposta da organização ao incidente inclui medidas para a situação específica com consequente aprendizado que leva a mudanças no sistema em um movimento de melhoria contínua da qualidade. O Núcleo de Segurança do Paciente-NSP elaborou o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. O Plano estabelece estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pela instituição. As notificações são encaminhadas para o gestor da área para análise crítica e providencias com plano de ação com proposta de ações corretivas e preventivas a fim de mitigar os problemas.

Quando se trata de eventos adversos com danos graves ou óbitos é realizada a análise crítica do incidente, que é composta por análise de causa raiz pela metodologia de Ishikawa e elaboração de plano de ação para evitar futuras recorrências de eventos similares. Todo esse trabalho é realizado por um Time de Investigação, composto por membros do NSP, membros da Comissão de Óbito e os envolvidos no evento. O NSP realiza visitas diárias nos leitos dos pacientes e acompanha os indicadores dos protocolos de cirurgia segura, prevenção de quedas, lesão por pressão, segurança na cadeia medicamentosa e identificação do paciente. Em 2024, o Núcleo de Segurança do Paciente do HERSO recebeu **2.404** eventos através do Sistema de Gestão da Qualidade implantando em nossa unidade gerida, conforme tabela abaixo.

Eventos NSP	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Notificações	71	107	126	215	176	229	425	483	247	110	105	110	2.404	200

Tabela 5 – Notificações de Eventos no Sistema de Gestão da Qualidade | Fonte: Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Farmácia

O serviço de farmácia hospitalar tem em suas atribuições atividades clinico-assistenciais e farmácia de produção. A estrutura da farmácia é composta por uma farmácia central e uma farmácia satélite localizada dentro do centro cirúrgico (CC) que atende o CC e Unidades de Terapia Intensiva I e II. A farmácia de produção é responsável pela montagem de kits a cada 12 horas para atender as unidades de Clínica Médica, Cirúrgica e Ortopédica, além da dispensação de medicamentos de urgência.

À assistência Farmacêutica é integrada em toda cadeia de medicamentosa, para a contribuição no cuidado a saúde e segurança do paciente. A prescrição no hospital é informatizada e interfaceada com a farmácia, permitindo rastreabilidade desde aquisição ao final da cadeia medicamentosa. Durante a Assistência, é realizada a farmacovigilância e tecno vigilância de todos os materiais e medicamentos para que seja garantida a compreensão, detecção e prevenção de efeitos adversos ou problemas relacionados a insumos farmacêuticos. As queixas são notificadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária através do VIGIMED e NOTIVISA. A implantação da Farmácia Clínica se deu juntamente com a abertura do hospital no dia 2 de julho de 2010.

Atualmente contamos com 10 farmacêuticos que atuam desde a admissão, avaliação de risco, reconciliação farmacêutica, intervenções, análise de prescrições até a alta do paciente; também são realizadas consultas não médicas no retorno do usuário, para garantia do uso correto do medicamento e adesão ao tratamento prescrito pelo médico durante a alta hospitalar. Realiza ainda em conjunto com o Núcleo de Segurança de paciente, treinamentos e orientações no que envolve medicamentos, materiais e apoio a implantação da Cultura de Segurança. Além disso, a Farmácia Clínica opera em conjunto com o SCIRAS, promovendo o uso racional de antimicrobianos, propondo-se a contribuir para a redução de Infecções Relacionadas à Saúde e prevenção de resistência bacteriana.

O HERSO também conta com a Comissão de Farmácia e Terapêutica que foi composta na data de 12/12/2017, com o intuito primário de contribuir com a qualidade e racionalização sistemática de medicamentos e materiais hospitalares promovendo assim a padronização de mat./med., visando economicidade, segurança e qualidade na aquisição destes itens melhorando assistência dos serviços prestados e estabelecendo normas e rotinas que assegurem qualidade e segurança na cadeia medicamentosa do paciente através da padronização/despadroneização de mat./med., para que haja efetividade e melhoria na assistência e promoção da saúde no HERSO.

Laboratório de Análises Clínicas

O Laboratório de análises clínicas do HERSO participa ativamente do diagnóstico clínico e tratamento dos pacientes da urgência, dos que estão nas unidades de internação e desde 2022, dos pacientes regulados para procedimentos eletivos. São executados em média 12.000 exames/mês nas áreas de: bioquímica, hematologia, urinálise, gasometria, coagulação, parasitologia, citologia de líquidos e microbiologia. Exames da área de imunologia e anatomia patológica são enviados ao laboratório de apoio.

O Laboratório participa do Programa Nacional de Controle de Qualidade – PNCQ por meio dos ensaios de proficiência (Controle externo) e diariamente realiza controle interno, para garantir qualidade e confiabilidade das análises realizadas nas amostras dos pacientes. Em 2024, a unidade recebeu selo de excelência do programa por atingir média anual superior à 92% em todos os ensaios de proficiência.

Vale ressaltar que o PNCQ é o maior programa de validação de testes do Brasil, atuando ainda em diversas associações científicas internacionais. Ele também é produtor de amostras-controle para Laboratórios Clínicos, Bancos de Sangue e organizações in vitro e alimentos que auxilia e oferece opções para o aprimoramento da qualidade destas empresas.

Há acordos entre os setores em relação ao tempo de liberação dos exames, sendo 240 minutos para os de rotina e 30 minutos para os solicitados com urgência. Estes dados são mensurados mensalmente e o objetivo é entregar os laudos com menor tempo, afim de fornecer agilidade à tomada de decisão do corpo clínico. São comunicados resultados críticos assim que identificados e entregues parciais de culturas aos setores, para garantir que as informações sobre o paciente sejam usadas para controle das doenças e conseqüente redução do tempo de permanência na unidade

Agência Transfusional

O HERSO conta com uma unidade de Agência Transfusional que armazena hemocomponentes (Concentrado de Hemácias, Plasma Fresco Congelado e Crio precipitado) fornecidos pelo Hemocentro de Rio Verde. A unidade realiza exames imuno hematológicos pré-transfusionais, atende às solicitações de transfusões e fornece hemocomponentes às unidades hospitalares de Santa Helena de Goiás (Unidades externas). A Agência Transfusional realiza controle de qualidade interno diariamente e participa do programa de qualidade externo promovido pela UFMG/ANVISA. Possui um Comitê Transfusional que realiza reuniões mensais para monitoramento das práticas hemoterápicas, visando o uso racional do sangue e a Hemovigilância. Durante esses encontros, são discutidos dados sobre as reações transfusionais e seus registros no NOTIVISA.

Em 2024, foram realizadas 1.858 transfusões tanto no HERSO e demais em unidades externas, abaixo é apresentado o quantitativo de transfusões por tipo e por origem de unidade transfundida

QUANTITATIVO DE TRANSFUÇÕES														
LOCAL: HERSO														
TIPO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Concentrado de Hemácias	67	62	50	84	124	97	90	108	106	64	85	124	1061	88
Concentrado de Plaquetas	15	14	7	26	30	59	35	40	31	12	29	41	339	28
Plasmas frescos congelados	19	8	19	17	54	39	28	30	30	18	26	19	307	26
Crioprecipitados	2	0	0	13	30	9	19	10	27	5	16	20	151	13
TOTAL	103	84	76	140	238	204	172	188	194	99	156	204	1.858	155
LOCAL: UNIDADES EXTERNAS														
TIPO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Concentrado de Hemácias	10	10	31	7	35	25	16	22	21	19	16	15	227	19
Concentrado de Plaquetas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Plasmas frescos congelados	4	1	15	0	3	0	0	0	2	0	2	0	27	2
Crioprecipitados	0	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	5	0
TOTAL	14	11	46	7	41	25	16	24	23	19	18	15	259	22

Tabela 5 - Detalhamento de Tipos de Transfusão por Unidade | Fonte: Sistema de Informação de Produção Hemoterápica

Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)

O SESMT tem a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Suas regras de constituição e funcionamento encontram-se previstas na Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho – NR 4, trabalha em prol de tornar os locais de trabalho mais seguros, com avaliações periódicas em cada setor e projetos de melhorias no ambiente profissional, a fim de inibir acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, garantindo a saúde e segurança dos colaboradores.

O SESMT é composto por:

- 1 Médico do Trabalho;
- 1 Engenheiro de Segurança do Trabalho;
- 1 Enfermeira do Trabalho;
- 3 Técnico em Segurança do Trabalho.

Entre suas principais atribuições podemos citar:

- Inspeções de área com o objetivo de identificar e prevenir riscos;
- Inspeccionar, orientar e fornecer Equipamentos de Proteção individual (EPI);
- Realizar treinamentos de saúde e segurança;
- Investigar acidentes e elaborar planos de ação;
- Atender a legislação vigente;
- Elaborar os Programas Legais tanto de medicina como de segurança do trabalho;
- Ações de conscientização sobre saúde e segurança;
- Controle e inspeção do sistema de combate a incêndio;
- Recebimento de atestado;
- Realização de exames ocupacionais;
- Atendimento médico ocupacional;
- Indicadores de saúde e segurança;
- Campanha de vacina
- Controle de armazenamento de materiais perfurocortantes nos setores;
- Saúde e segurança com empresas terceirizadas;
- Auxílio em ações da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- Elaborar, preencher e assinar documentos de saúde ocupacional como o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT);
- Controle dos laudos radiométricos e distribuição dos dosímetros.

A seguir, a produção de 2024 do Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT):

PRODUÇÃO SESMT														
DESCRIÇÃO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Controle de EPI's - Itens entregues, exceto mascaras descartáveis	147	216	291	203	85	116	183	94	85	139	81	103	1.743	145
Solicitação de compras de EPI's	0	0	0	0	3	0	1	1	3	0	0	1	9	1
Investigação - FRAT e CAT	5	3	1	3	3	8	3	1	3	7	1	4	42	4
Atendimentos Médicos	48	62	74	96	66	85	5	35	36	49	37	61	654	55
Integração de Segurança para novos colaboradores	4	3	0	8	5	8	3	10	11	14	3	9	78	7
Exames Periódicos	26	36	62	85	57	66	50	14	14	24	24	42	500	42
Retorno ao trabalho	2	0	2	3	2	1	2	1	1	2	2	1	19	2
Exames Admissionais	10	14	4	8	5	8	2	10	10	14	3	9	97	8
Exames Demissionais	9	8	3	3	5	3	3	5	3	9	2	3	56	5
APR para terceiras	1	1	1	0	3	2	2	3	2	1	2	2	20	2
Atendimentos Triagens	44	60	39	63	66	85	64	35	3	49	25	61	594	50
Notificação de colaboradores em desacordo com NR32	40	6	8	6	6	0	6	0	7	7	0	4	90	8
Visita técnica de Saúde e Segurança no Trabalho	59	70	85	73	53	76	120	28	22	37	21	26	670	56
Teste de alarme sonoro	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1
Inspeção no sistema de hidrantes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1
Inspeção em lampadas de emergência	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1
Inspeção em Extintores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	13	1
Inspeção em caixas de perfuro cortantes	29	35	44	34	25	36	52	13	11	14	10	12	315	26
Realocação de Gestantes	1	0	1	1	0	0	2	1	2	0	0	0	8	1
Atestados recebidos	171	204	181	197	161	184	185	166	155	131	130	151	2.016	168
Campanha de vacinação	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

Tabela 6 - Detalhamento de produção do SESMT | Fonte: SESMT HERSO

Sistema de combate a incêndio da unidade é composto por:

- Sistema de alarme sonoro;
- Sistema de luz de emergência;
- Sistema de 12 Hidrantes com acionamento de alarme;
- Extintores de incêndios (74 unidades distribuídos na unidade entre extintores (PQS 6KG, PQS 4KG, AP 10 LT, CO2 6KG) conforme necessidade prevista.

Comissões Técnicas Hospitalares

As comissões são formadas por profissionais técnicos, como médicos e enfermeiros, coordenadores, supervisores e diretoria, mensalmente até o dia 10 de todos os meses são realizadas reuniões para tratar dos

assuntos pertinentes a cada área, têm como principal função servir de instrumento de gestão para garantir maior segurança ao paciente. O principal papel das comissões é a melhoria contínua dos processos internos, desenvolver e apresentar propostas de modernização dos atendimentos e aperfeiçoamento da rotina, tendo como foco central sempre a melhor qualidade no atendimento prestado ao paciente. Comissões atuantes no HERSO:

- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão de Revisão de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Comissão da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Humanização;
- Comissão de Segurança do Paciente (CSP);
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Integridade da Pele;
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco de Longa Permanência.

9. INDICADORES ESTATÍSTICOS QUE PERMITAM AVALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DO CUMPRIMENTO DAS METAS PACTUADAS

PRODUÇÃO HOSPITALAR										
HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO										
Internação (saídas)	Meta mensal	REALIZADA								Meta mensal
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Clínica Cirúrgica	359	320	307	371	293	312	299	318	311	381
Clínica Médica	52	58	57	80	65	84	55	52	44	55
Clínica Pediátrica	83	1	2	2	8	5	8	7	6	36
Cirúrgica Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44
Total	494	379	366	453	366	401	362	377	361	516
Atendimento Médico Detalhado Das Saídas Hospitalares										
	Meta mensal	REALIZADA								Meta mensal
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Cirurgia Torácica	494	0	0	0	0	0	0	0	0	516
Cirurgia Vascular		2	4	9	5	4	6	3	2	

Neurocirurgia	3	1	0	1	0	1	0	2
Ortopedia e Traumatologia	175	150	167	145	167	133	143	125
Cirurgia Geral	120	65	130	93	114	110	158	154
Clínica Geral/Médica	65	65	65	69	73	83	61	67
Gastroenterologia	8	8	5	11	14	0	2	0
Endoscopia	5	4	8	5	0	9	0	0
Bucomaxilofacial	1	3	4	2	2	4	1	5
Urologia	-	3	7	4	6	3	8	3
Oftalmologia	-	63	58	27	16	10	0	0
Pediatria	-	-	-	4	5	3	1	3
Total	379	366	453	366	401	362	377	361

Atendimento ambulatorial	Meta mensal	REALIZADA								Meta mensal
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Consulta médica na Atenção Especializada	800	1039	1277	1418	1484	1399	1389	1585	1352	800

Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	873	1231	1520	1581	1458	1411	1647	1794	1851	900
Pequeno Procedimentos Ambulatoriais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40
TOTAL	1673	2270	2797	2999	2942	2810	3036	3379	3203	1740

Consulta médica na Atenção Especializada (por especialidade)	Meta mensal	REALIZADA								Meta mensal
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Cirurgia Geral	800	280	202	292	296	264	295	380	379	800
Vascular		40	31	38	35	18	28	18	20	
Neurocirurgia		13	8	14	10	29	30	16	33	
Ortopedia		472	526	453	520	593	588	657	615	
Cardiologia		42	83	79	80	60	54	87	48	
Urologia		0	24	48	52	58	67	97	61	
Gastroenterologia		12	17	8	10	0	0	0	0	

Clinico Geral		155	185	178	239	214	194	234	151
Oftalmologia		25	201	308	242	163	133	96	45
Total		1039	1277	1418	1484	1399	1389	1585	1352

Consulta multiprofissional na Atenção Especializada (por especialidade)	Meta mensal	REALIZADA								Meta mensal
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Enfermagem	873	508	822	938	803	861	1057	1113	1112	900
Fisioterapia		252	228	182	220	190	201	220	233	
Psicologia		206	187	186	157	117	116	192	186	
Nutricionista		193	171	192	227	186	201	211	223	
Farmácia		58	81	55	25	22	30	39	58	
Bucomaxilo		14	31	28	26	35	42	19	39	
Total		1231	1520	1581	1458	1411	1647	1794	1851	
Serviço Social	Sem meta	103	153	160	233	210	164	180	122	Sem meta

Cirurgias Programadas NIR	Meta mensal	REALIZADA								Meta mensal
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Oftalmologia	200	0	91	75	62	64	44	48	16	210
Cirurgia Geral		86	41	83	68	56	61	100	97	

Ortopedia	22	46	44	37	48	52	54	42
Bucomaxilo	0	0	0	0	0	2	0	4
Urologia	0	9	25	17	24	19	28	18
Total	108	187	227	184	192	178	230	177

Cirurgias	Meta mensal	REALIZADA								Meta mensal
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Cirurgia eletiva de Alto Giro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
Cirurgia eletiva de Média ou Alta Complexidade		-	-	-	-	-	-	-	-	80
Cirurgia eletiva de Alto Custo		-	-	-	-	-	-	-	-	30
Total		-	-	-	-	-	-	-	-	210

Leito-dia	Meta mensal	REALIZADA								Meta mensal
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Leito-dia	88	74	81	86	75	96	82	86	92	88

SADT Externo REALIZADOS	Meta mensal	REALIZADA								Nº de atendime projetado s
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Colangiopancreatografi a Retrógrada Endoscópica - CPRE	15	18	13	15	15	15	15	19	15	15
Raio-x	700	941	856	848	900	868	887	1.098	900	30
Eletrocardiograma	100	121	172	236	218	93	139	204	183	20
Tomografia Computadorizada	300	223	60	502	577	480	509	506	573	50
Ultrassonografia	-	28	19	29	33	20	32	54	42	-
Total	1115	1.331	1.120	1.630	1.743	1.476	1.582	1.881	1.713	115
SADT INTERNO	Meta Projetad a / Mensal	REALIZADA								Nº de atendime projetado s
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Raio X	1304	441	399	436	449	484	465	482	449	411
Ultrassonografia	8	8	7	9	15	7	14	16	9	9

Tomografia computadorizada	212	49	38	208	159	199	192	194	245	193
Endoscopia	5	2	8	3	7	4	5	3	2	8
Ecocardiograma	155	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Eletrocardiograma	115	33	11	19	9	7	13	21	27	84
Hemoterapia	155	117	84	122	147	279	229	194	212	117
Hemodiálise	45	41	49	55	101	79	50	44	29	34
Anatomia Patológica	50	50	43	82	67	54	51	90	84	45
Análises Clínicas	12245	9873	10.940	12.692	12.925	13.818	12.727	13.094	13.131	10.077
Eletroencefalograma	1	0	0	7	5	6	4	6	4	-
Fisioterapia	6483	6197	5.700	6.509	6.358	6.963	6.232	6.729	7.135	7.081
Fonoaudiologia	1164	1390	1.160	478	1.447	1.531	1.291	377	849	1.035
Psicologia	1421	2155	1.940	1.514	2.088	1.541	1.014	2.484	2.935	2.058
Terapia Ocupacional	1249	798	679	839	793	797	795	739	769	589
TOTAL	24.612	21.154	21.058	22.973	24.570	25.769	23.082	24.473	25.880	21.743
BPA	Enviado	REALIZADA								
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	

		8.720	9.612	11.374	11.760	10.636	10.943	12.316	11.19
Urgência e Emergência		REALIZADA							
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Atendimentos		321	295	352	336	329	345	380	348
Atendimento de Urgência e Emergência		REALIZADA							
	Meta mensal	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Demanda Espontânea	-	56	74	67	63	75	72	79	68
Regulados		265	221	285	273	254	273	301	280
Total		321	295	352	336	329	345	380	348
Especialidades na porta de entrada (urgência e emergência)		REALIZADA							
	Meta mensal	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Bucomaxilo	Atender 100% da demanda	1	4	6	7	3	6	4	6
Cirurgia Geral		51	29	32	27	24	42	61	53
Clínica Médica		140	166	198	189	203	211	188	165
Ortopedia e Traumatologia		104	89	95	82	67	64	99	97
Neurocirurgia									
Pediatria									
Vascular									
Total			296	288	331	305	297	323	352
Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco									

AACR	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Emergência - Vermelho	22	16	27	31	12	10	24	23
Muito Urgente - Laranja	73	42	65	76	76	91	101	78
Urgente - Amarelo	219	230	245	220	246	247	262	252
Pouco Urgente - Verde	146	108	137	202	96	161	63	24
Não Urgente - Azul	97	399	426	385	426	344	503	464
Total	557	795	900	914	856	853	953	841

INDICADORES DE DESEMPENHO										
HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO										
Indicadores de Desempenho	Meta Mensal	REALIZADA								
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	S
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %	80,13%	81,37%	81,51%	86,48%	89,23%	87,78%	89,44%	92,50%	94,...
Total de Pacientes-dia		1.964	1.812	2.015	2.041	2.179	2.041	2.202	2.270	2....
Total de leitos operacionais-dia do período		2.451	2.227	2.472	2.360	2.442	2.325	2.462	2.454	2....
Média de Permanência Hospitalar	≤ 5 dias	5,04	4,72	4,23	5,27	5,24	5,39	5,57	6,01	6,...
Total de Pacientes-dia		1.964	1.812	2.015	2.041	2.179	2.041	2.202	2.270	2....

Total de saídas no período		390	384	476	387	416	379	395	378	3
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤21	29:58:09	25:56:15	23:02:31	19:46:59	15:10:23	17:59:03	15:47:51	11:40:57	08:3
Taxa de Ocupação Hospitalar		80,13%	81,37%	81,51%	86,48%	89,23%	87,78%	89,44%	92,50%	94,
Média de Permanência Hospitalar		5,04	4,72	4,23	5,27	5,24	5,39	5,57	6,01	6
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	<5%	0%	1,33%	1,25%	1,27%	1,43%	2,53%	0,00%	0,00%	0,0
Nº de retornos em até 48 horas		0	1	1	1	1	2	0	0	
Nº de saídas da UTI, por alta		66	75	80	79	70	79	66	73	6
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	<8%	0,71%	0,24%	1,01%	0,23%	1,61%	0,50%	1,41%	1,55%	0,4

Nº de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar		3	1	5	1	7	2	6	6	
Nº total de atendimentos		420	420	495	430	435	399	426	388	4
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 7%	0,22%	0,00%	0,17%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%
Total de procedimentos rejeitados no SIH		1	0	1	0	0	1	0	0	
Total de procedimentos apresentados no SIH		463	475	605	515	450	490	420	500	4
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais	≤ 5%	3,54%	0,51%	1,30%	0,54%	2,04%	1,11%	0,43%	1,12%	0,00%
Nº de cirurgias eletivas suspensas		4	1	3	1	4	2	1	2	

Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	≤ 25%	0,00%!	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Nº de cirurgias realizadas com TMAT expirado											
Nº de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade											
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1	1,87	2,26	2,16	2,13	1,98	2,12	2,35	2,17	1,98	1,98
Nº de consultas ofertadas		3.125	3.787	3.622	3.558	3.308	3.541	3.927	3.624	3.308	3.308

Nº de consultas propostas na meta da unidade		1.673	1.673	1.673	1.673	1.673	1.673	1.673	1.673	1.673	1.
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%	98,97%	99,84%	99,81%	97,67%	99,62%	99,72%	99,96%	99,32%	99,	
Nº de exames de Imagem entregues em até 10 dias		1.737	1.234	2.091	2.008	2.114	2.172	2.322	2.200	2.	
total de exames de imagem realizados no período multiplicado		1.755	1.236	2.095	2.056	2.122	2.178	2.323	2.215	2.	

Percentual de Casos de Doenças/ Agravos/ Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunament e- até 7 dias	≥ 80%	100,00%								
Nº total de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno- 7 dias		60	47	32	40	39	35	29	31	2
Nº de casos de DAEI digitadas (no período/mês)		60	47	32	40	39	35	29	31	2

Percentual de Casos de Doenças/ Agravos/ Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunament e- até 24 horas da notificação	≥ 80%	100,00%									
Nº total de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno- até 48 horas da data da notificação		10	26	20	24	31	18	12	3		
Nº de casos de DAEI notificados		10	26	20	24	31	18	12	3		
Percentual de Perda de Medicamentos por Prazo de Validade Expirado	2,00%	0,66%	0,56%	0,00%	0,00%	0,31%	0,42%	0,01%	0,29%	0,00%	0,00%

Valor Financeiro da Perda do Segmento Padronizado por Validade Expirada no Hospital		2.149,42	1.377,00	0	0	1.229,34	1.719,06	46,7	1.284,37	22
Valor Financeiro Inventariado na CAF no período x 100		325.808,29	247.670,79	401.747,53	320.036,17	401.848,03	409.775,92	554.816,92	443.223,96	334

10. EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRABALHOS PROPOSTOS PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL, COM ESCLARECIMENTOS, SE FOR O CASO, SOBRE AS CAUSAS QUE INVIABILIZARAM O PLENO CUMPRIMENTO DAS METAS ESTABELECIDAS

Após apresentação de indicadores para COMAG nos dias 07 de agosto e 14 de outubro de 2024, referentes ao 1º semestre e os dois últimos meses do 4º Termo Aditivo do Contrato de Gestão 088/2022, respectivamente, foram apresentadas justificativas para não cumprimento das metas contratuais. Segue abaixo as justificativas enviadas via ofício.

No primeiro semestre as justificativas foram:

1) Em relação aos indicadores de produção as saídas hospitalares para a Clínica Cirúrgica a eficácia foi de 88,30%.

Manifestação do IPGSE:

Saídas Cirúrgicas

- **Período Analisado:** Jan. a Mar/24 – 3TA
- **Total de Cirurgias:** 1.086
- **Total de Saídas Cirúrgicas:** 998

- **Período Analisado:** Abr a Jun/24 – 4TA
- **Total de Cirurgias:** 1.168
- **Total de Saídas Cirúrgicas:** 904

- **Média de Permanência 1º Tri:** 4,66%
- **Média de Permanência 2º Tri:** 5,30%

Após a análise dos dados, concluímos que a Média de Permanência no 2º trimestre foi 14% maior em comparação ao 1º trimestre. Esse aumento deve-se à mudança na complexidade dos pacientes cirúrgicos, o que impactou diretamente o indicador de Saídas. Ao comparar o 2º trimestre com o 1º, observamos uma redução de 9,42% no indicador de Saídas, porém, houve um aumento de 7,55% no número total de cirurgias realizadas.

É importante destacar que a composição do indicador de Saída Cirúrgica está vinculada à produção de cirurgias de urgência e eletivas, as quais, por sua vez, atingiram as metas estabelecidas.

2) Em relação aos indicadores de produção as saídas hospitalares para a Clínica Pediátrica a eficácia foi de 5,22%.

Manifestação do IPGSE:

Saídas Pediátricas

Os pacientes pediátricos são encaminhados via complexo regulador. Com a baixa demanda da Região, não temos recebido pacientes encaminhados para nossa Unidade, o que impacta diretamente nesse indicador.

3) Para as cirurgias programadas a eficácia 89,67%

Manifestação do IPGSE:

Contratamos mais serviços, ampliamos especialidades e realizamos busca ativa de pacientes. Apesar desses esforços, não atingimos a meta semestral, ficando apenas 0,33% abaixo do esperado. No entanto, ao analisarmos os trimestres separadamente, observamos que a meta foi alcançada no segundo trimestre, com o déficit concentrado apenas no primeiro trimestre.

Referente ao período de avaliação: 01 de julho de 2024 à 31 de agosto de 2024, as justificativas enviadas foram:

1) Indicador de Produção Saídas Hospitalares para a Clínica Cirúrgica a eficácia foi de 88%.

Manifestação do IPGSE:

Saídas Cirúrgicas

- **Total de Cirurgias:**
 - **Eletivas:** 407 (Julho: 230 | Agosto: 177)

- **Urgência:** 156 (Julho: 76 | Agosto: 80)
- **Total Geral:** 563
- **Cirurgias Oftalmológicas:** 64
- **Total de Saídas Cirúrgicas:** 629

Após analisarmos os dados, percebemos que estamos alcançando a meta de cirurgias eletivas, o que contribui para o indicador de Saídas Cirúrgicas. No entanto, o baixo volume de cirurgias de urgência e emergência tem impactado esse indicador.

Outro ponto que observamos foi em relação às cirurgias de catarata. Realizamos 64 delas, uma vez que não havia AIH's de outras especialidades disponíveis. Contudo, como essas cirurgias não geram internação, elas não contribuem para o indicador de Saídas Cirúrgicas.

- Saídas sem cataratas: 629 – 88% da meta
- Saídas com cataratas: 693 – 97% da meta

Vale destacar que, sem as cirurgias de catarata, também não atingiríamos a meta do indicador de Cirurgias Eletivas.

Queremos também ressaltar que o volume de Cirurgias Eletivas vem, em grande parte, da busca ativa realizada pela nossa equipe na própria Unidade. Nos meses de julho e agosto, 47% das Cirurgias Eletivas foram reguladas via Complexo, enquanto 53% foram captadas diretamente por nós.

11. INDICADORES DE GESTÃO QUE PERMITAM AFERIR A EFICIÊNCIA, EFICÁCIA, ECONOMICIDADE, QUALIDADE E PRODUTIVIDADE DA ATUAÇÃO DA ENTIDADE, LEVANDO-SE EM CONTA OS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS ALCANÇADOS PELA INSTITUIÇÃO

Os indicadores de gestão são ferramentas essenciais para a avaliação do desempenho da unidade. Em um cenário em que as organizações precisam ser cada vez mais transparentes e responsáveis por suas ações, os indicadores de gestão desempenham um papel fundamental na avaliação de sua atuação. Eles possibilitam que os gestores monitorem, ajustem e aprimorem os processos internos e as estratégias externas, assegurando a melhoria contínua da organização. Ao focar na eficiência, eficácia,

economicidade, qualidade e produtividade, e ao utilizar uma abordagem equilibrada entre dados quantitativos e qualitativos, a unidade poderá garantir que está no caminho certo para atingir seus objetivos de maneira eficiente, com o melhor uso possível dos recursos e com a satisfação das partes interessadas.

A seguir, os principais indicadores de gestão que demonstram resultados qualitativos e quantitativos do HERSO, monitorados em um Sistema de Gestão da Qualidade.

Uma gestão de estoque eficiente é crucial para garantir a continuidade dos serviços prestados e a qualidade no atendimento aos pacientes. O **Indicador de Perda por Vencimento** é uma métrica importante para avaliar a eficácia da gestão, refletindo a capacidade da instituição em minimizar perdas por vencimento. Quando esse indicador apresenta um bom resultado, ou seja, uma baixa taxa de perdas, o hospital demonstra um controle eficaz do seu estoque, o que impacta diretamente na sua saúde financeira e, conseqüentemente, na qualidade do atendimento oferecido.

Em 2024, apenas em março o resultado ultrapassou o limite aceitável pois houve descarte de medicações adquiridas e utilizadas durante a Pandemia de COVID-19 que tiveram uso descontinuado após este período, assim medidas como tentativa de troca ou doação para outras unidades não foram suficientes para evitar o descarte por validade.

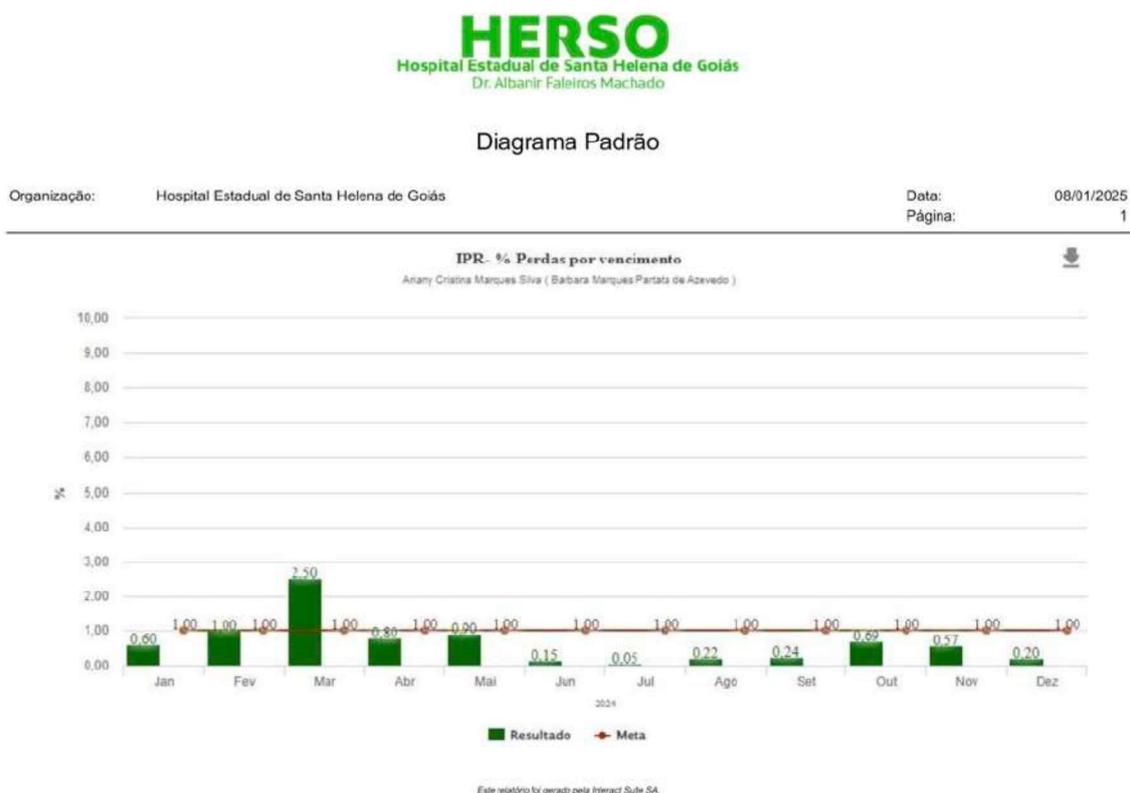


Gráfico 4 - % Perdas por Vencimento

O HERSO possui serviço de farmácia clínica com regime de atuação 24 horas/dia. O monitoramento do indicador de **% de Prescrições Analisadas** reflete o percentual de prescrições que foram revisadas pela equipe de farmacêuticos em relação ao total de prescrições realizadas no hospital. A avaliação das prescrições inclui a análise de aspectos, como:

Adequação do medicamento: Verificação de que o medicamento prescrito é apropriado para o diagnóstico e quadro clínico do paciente.

Dosagem correta: Verificação de que a dosagem e a forma de administração do medicamento estão corretas.

Interações medicamentosas: Identificação de possíveis interações entre medicamentos que possam comprometer a segurança do paciente.

Alergias e contraindicações: Garantir que o paciente não receba medicamentos aos quais seja alérgico ou que sejam contraindicados devido a condições clínicas específicas.

Acompanhamento de tratamentos crônicos: Verificação de que o paciente está recebendo os medicamentos necessários para o controle de doenças crônicas de maneira adequada.

O monitoramento deste indicador garante segurança ao paciente, qualidade nos atendimentos, promove o uso racional de medicamentos, bem como a redução de custos. Em 2024, este indicador foi classificado como ótimo, uma vez que atingiu 99,77% das prescrições foram avaliadas.

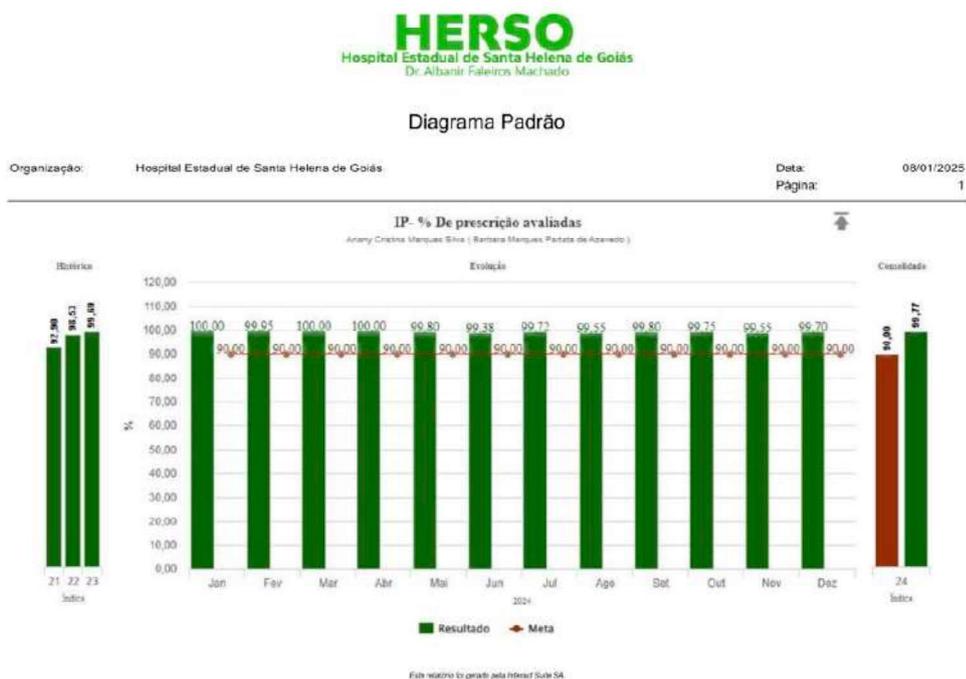


Gráfico 5 - % de Prescrição Avaliadas

Em concomitância com indicador acima, há o monitoramento da **% de Efetividade das Intervenções**. As intervenções farmacêuticas não apenas contribuem para a segurança do paciente, mas também ajudam a otimizar os resultados clínicos, reduzir custos e promover a utilização racional dos medicamentos.



Diagrama Padrão

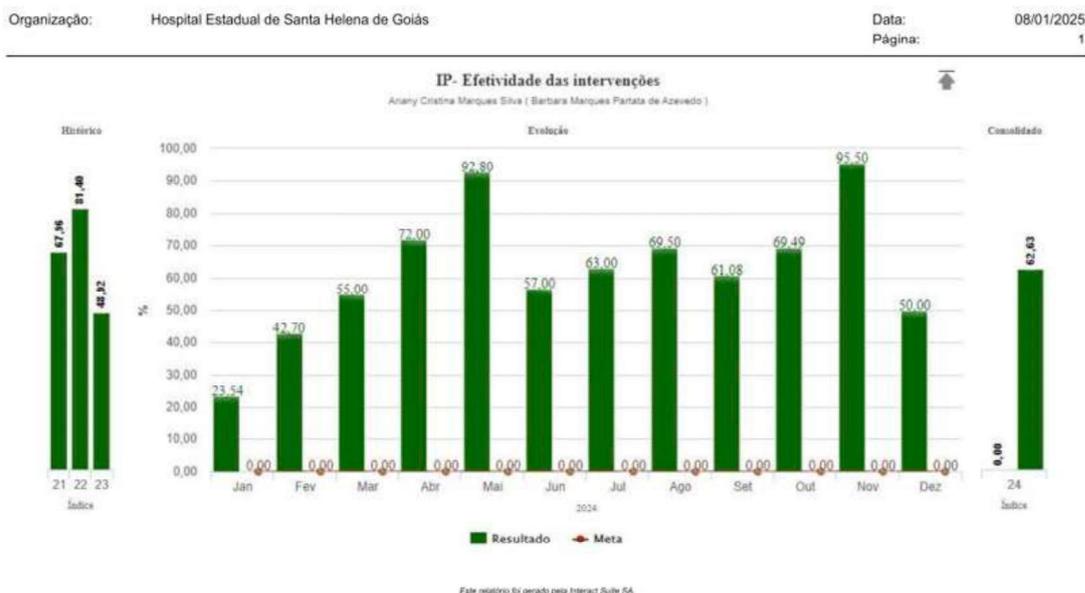


Gráfico 6 – Efetividade das Intervenções

O indicador **% de Desospitalização Segura/ Preparo de Alta Hospitalar** é um parâmetro essencial na gestão hospitalar, pois reflete a eficiência do hospital em planejar e executar a alta dos pacientes de forma segura, com a garantia de continuidade do cuidado e a manutenção da qualidade de vida. A alta hospitalar não é apenas o fim da internação, mas um processo que requer preparação cuidadosa para garantir que o paciente receba todo o suporte necessário ao retornar para sua casa ou para um ambiente de cuidado continuado, como clínicas ou cuidados domiciliares.

Diagrama Padrão

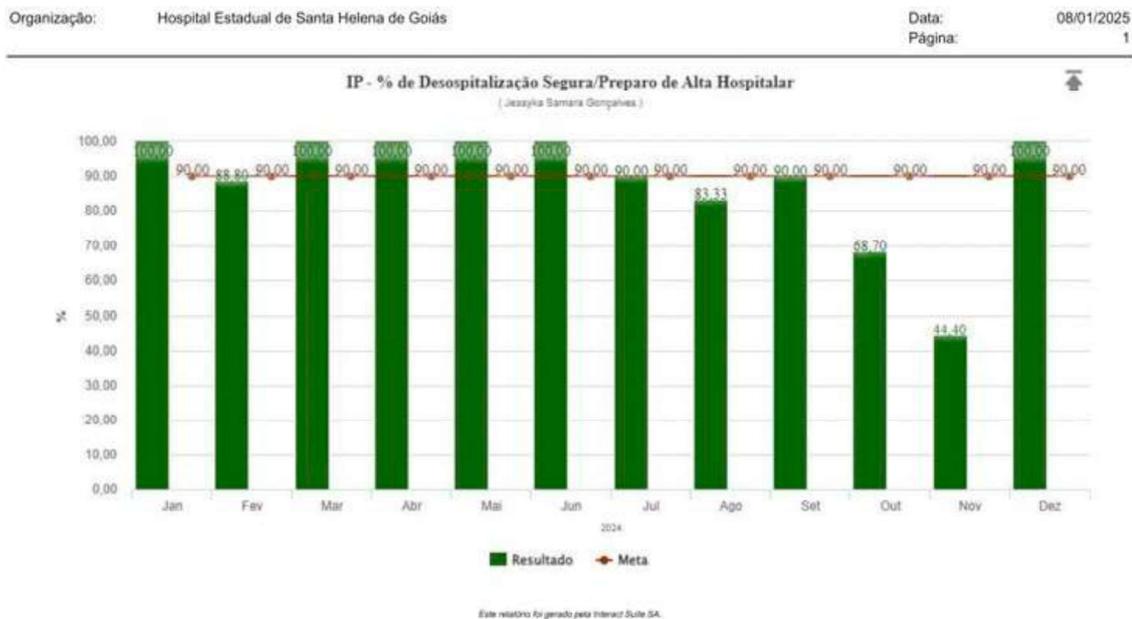


Gráfico 7 - % de Desospitalização Segura/Preparo de Alta Hospitalar

A **Taxa de Readmissão Hospitalar em até 29 dias** e a **Taxa de Readmissão em UTI em 48 horas** são indicadores cruciais no contexto da gestão hospitalar, pois refletem a eficácia do tratamento, a qualidade da assistência oferecida durante a internação e a continuidade do cuidado após a alta. Dentre os fatores que influenciam a readmissão hospitalar estão as comorbidades e condições clínicas complexas, qualidade da alta hospitalar, coordenação do cuidado pós-alta e até problemas de adesão ao tratamento. Essas métricas ajudam os hospitais a identificar falhas nos processos de cuidados e a implementar melhorias para reduzir riscos, otimizar os cuidados pós-alta e, conseqüentemente, melhorar os desfechos clínicos dos pacientes. Ao focar na melhoria desses indicadores, a unidade pode garantir um atendimento mais seguro, eficaz e contínuo, minimizando o risco de complicações e readmissões, além de melhorar a experiência e a satisfação do paciente.

No HERSO, em 2024, estes indicadores apresentaram resultado positivo, reforçando o compromisso da unidade com a qualidade e segurança do paciente.

Diagrama Padrão

Organização: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Data: 08/01/2025
Página: 1

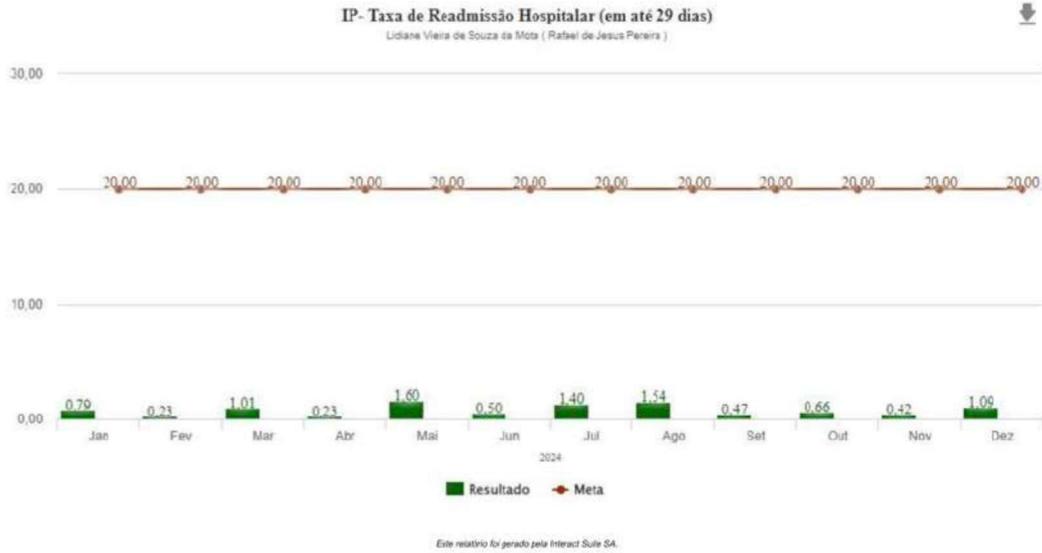


Gráfico 8 - % Taxa de Readmissão Hospitalar em até 29 dias.

Diagrama Padrão

Organização: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Data: 08/01/2025
Página: 1

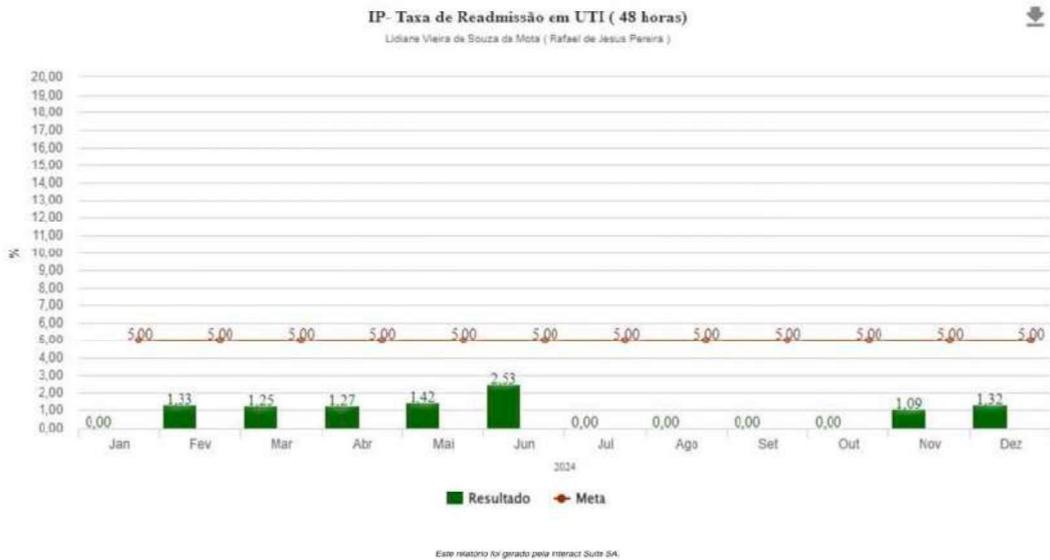


Gráfico 9 – Taxa de Readmissão em UTI (48 Horas)

A infecção de sítio cirúrgico (ISC) é uma das complicações mais temidas e comuns em procedimentos cirúrgicos. Monitorar o indicador **Taxa de Incidência de IRAS em sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas** é especialmente relevante pois estas cirurgias são aquelas realizadas em pacientes sem infecção pré-existente ou risco de contaminação, e em que o risco de infecção pós-operatória deveria ser minimizado ao máximo.

Monitorar esse indicador é crucial para os hospitais e clínicas, pois permite avaliar a eficácia das práticas cirúrgicas, identificar áreas para melhorias e garantir que os protocolos de prevenção de infecção sejam seguidos de maneira eficaz.

Os resultados obtidos no HERSO em 2024 demonstram a qualidade dos serviços prestados.



Diagrama Padrão

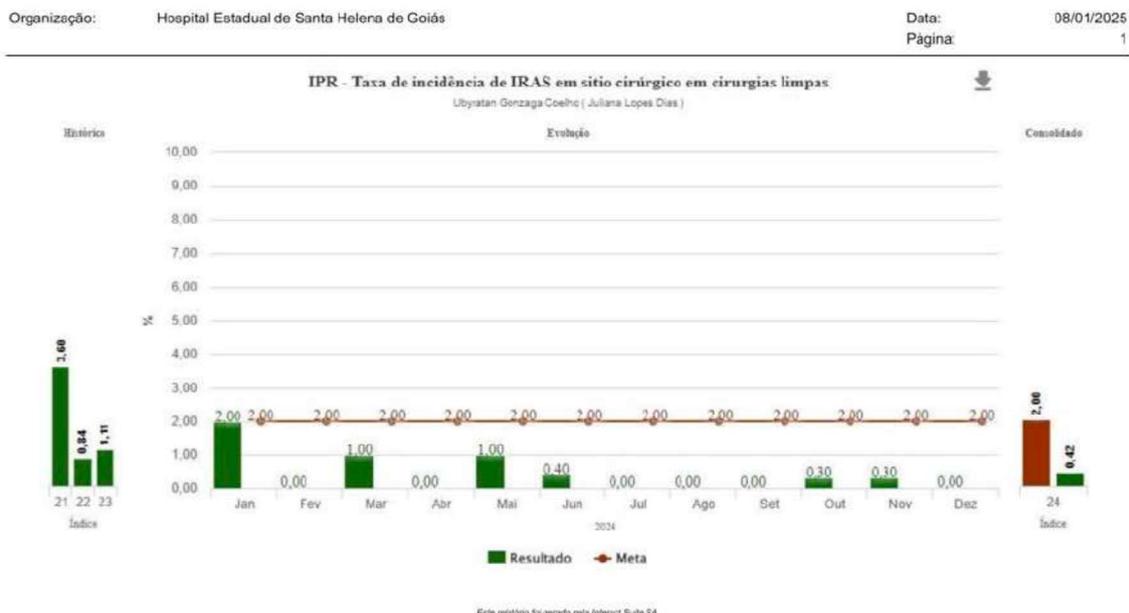


Gráfico 10 – Taxa de Incidência de IRAS em sítio cirúrgico em cirurgias limpas

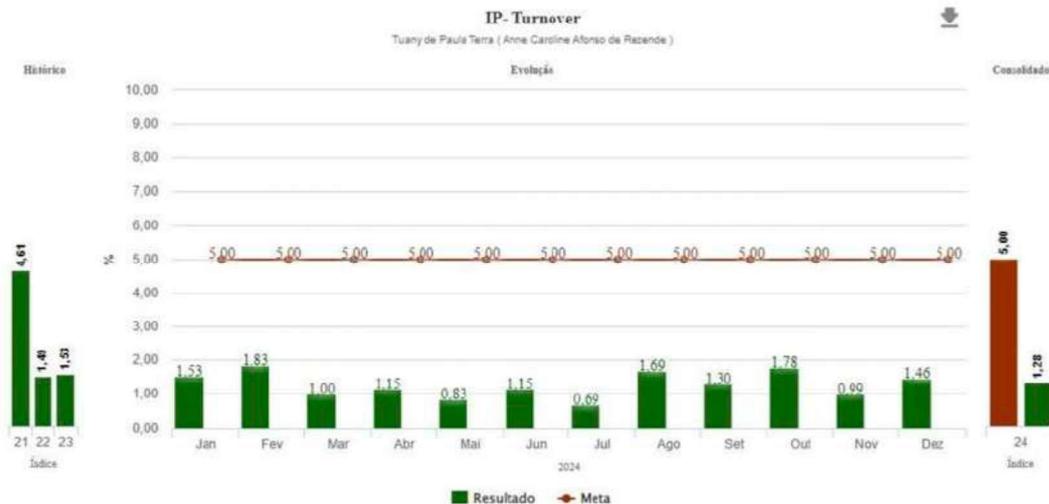
O indicador de **Turnover** em hospitais é uma métrica que mede a taxa de rotatividade de funcionários dentro da instituição, ou seja, a quantidade de colaboradores que deixam o hospital, seja por demissão voluntária ou involuntária, durante um determinado período. Esse indicador é especialmente importante para a gestão de recursos humanos e para avaliar a estabilidade da equipe, pois a rotatividade pode ter implicações significativas no ambiente hospitalar, afetando tanto a qualidade do atendimento quanto a eficiência operacional.

No HERSO, o resultado deste indicador em 2024 apresentou desempenho similar aos dados publicados pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp).

Diagrama Padrão

Organização: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Data: 08/01/2025
Página: 1



Este relatório foi gerado pelo Interact Suite SA

Gráfico 11 - Turnover

12. MEDIDAS IMPLEMENTADAS COM VISTAS AO SANEAMENTO DE EVENTUAIS DISFUNÇÕES ESTRUTURAIS QUE PREJUDICARAM OU INVIABILIZARAM O ALCANCE DAS METAS FIXADAS

Não houve disfunção estrutural no ano de 2024 que causou prejuízo ou inviabilizou o alcance das metas contratuais.

13. AÇÕES REALIZADAS
TREINAMENTOS







CARNAVAL



SEMANA DA ENFERMAGEM





FESTA JUNINA



CAPTAÇÕES DE ÓRGÃOS



ANIVERSÁRIO DO HERSO



CAMPANHA DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NAS ESCOLAS



SETEMBRO AMARELO



DIA MUNDIAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE



OUTUBRO ROSA



NOVEMBRO AZUL



VISITA DO SECRETÁRIO DE SAÚDE DR. RASÍVEL DOS REIS



RECONHECIMENTO HEMOGO



LEMBRANCINHAS DE NATAL



14. RECONHECIMENTOS

Em novembro de 2024 durante cerimônia de comemoração ao Dia Nacional do Doador de Sangue, o HERSO recebeu certificado de parceria com a Rede Hemo de Goiás por promover a busca ativa de doadores e contribuir para manutenção do estoque de hemocomponentes.

Em janeiro de 2025, o laboratório de análises clínicas e anatomia patológica do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO), unidade do Governo do Estado de Goiás, recebeu a chancela de excelência, pelo terceiro ano consecutivo, através da certificação do Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ), que ocorreu após o laboratório atingir média anual maior que 92,5% na avaliação do Controle Externo realizada em 2024, ferramenta importante para demonstrar a eficiência da fase analítica de seus processos.

15. MELHORIAS PINTURA SALAS ADMINISTRATIVAS





PINTURA DOS CORREDORES PRÓXIMO AO CENTRO CIRÚRGICO







PINTURA CORREDOR DO BLOCO A



16. AQUISIÇÕES

Os itens apresentados a seguir foram adquiridos através de Investimentos da Secretaria Estadual de Saúde, com o objetivo de aprimorar a infraestrutura e os serviços prestados à população. Esses investimentos reforçam o compromisso da gestão estadual em garantir a melhoria contínua no atendimento e a qualidade dos serviços prestados a população.

CADEIRAS DE RODAS



MACA DE TRANSFERÊNCIA



ESTUFA DE SECAGEM COM CIRCULAÇÃO DE AR CÂMARA DUPLA



MACA FIXA



CÂMARA DE CONSERVAÇÃO PARA TERMOLÁBEIS



BREÇO INFANTIL



PURIFICADOR DE ÁGUA



ARMÁRIO PARA GUARDA DE PERTENCES BEIRA LEITO



BIOMBO HOSPITALAR



MESA DE MAYO



MESA PARA REFEIÇÃO EM INOX



TORRE DE VÍDEO



APARELHOS DE AR CONDICIONADO



APARELHO DE RAIOS – X



CARRINHO TÉRMICO PARA TRANSPORTE DE REFEIÇÕES HOSPITALARES



CARRINHO DE LIMPEZA



Registra-se neste documento os relatos das ações, aquisições, melhorias, reconhecimentos e atividades desenvolvidas no período de janeiro a dezembro de 2024 pelo Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, no cumprimento do 4º Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 88/2022 - SES/GO e pelo Termo de Colaboração 101/2024 – SES.

UBYRATAN GONZAGA COELHO
DIRETOR GERAL E TÉCNICO

ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO
DIRETOR PRESIDENTE

Rio Verde – GO, 10 de janeiro de 2025.