



RELATÓRIO ANUAL DE AÇÕES E ATIVIDADES



Unidade: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - Dr. Albanir Faleiros Machado

Período: Janeiro a Dezembro de 2025

Termo de Colaboração nº 101/2024 e 1º Aditivo - 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

Ricardo Bonacin Pires - Membro

Valdinei Marques de Oliveira – Membro

Diógenes Alves Nascimento – 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

Aluísio Parmezani Pancrácio – Diretor Presidente

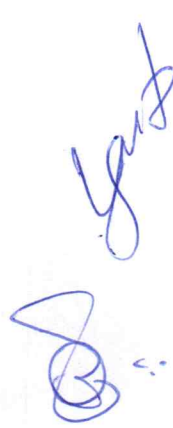
Daniel de Albuquerque Pinheiro - Diretor Vice – Presidente

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

COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA – UNIDADE GESTORA

Romero Leão Giovannetti – Superintendente Administrativo

Diógenes Alves Nascimento – Superintendente Financeiro

Loianny Severo Soares de Almeida – Diretora Corporativa de Operações e Logística

COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA – UNIDADE GERIDA

UNIDADE HOSPITALAR: HERSO

Ubyratan Gonzaga Coelho – Diretor Geral e Técnico

Ariany Cristina Marques Silva – Diretora Administrativas

Lidiane Vieira de Souza da Mota – Gerente Multiprofissional e Assistencial



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	34
Serviço de integridade da pele	34
Serviço de Desospitalização	35
Equipe Multiprofissional	36
Ouvidoria	36
Serviço de controle de infecções relacionada a assistência à saúde (SCIRAS)	36
Núcleo hospitalar epidemiológico (NHE)	37
Núcleo de segurança do paciente (NSP)	46
Farmácia	47
Laboratório de Análises Clínicas	48
Agência Transfusional	48
Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)	49
Comissões Técnicas Hospitalares	51
9. INDICADORES ESTATÍSTICOS QUE PERMITAM AVALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DO DESEMPENHO E DO CUMPRIMENTO DAS METAS PACTUADAS	52
10. EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS/PLANOS DE TRABALHOS PROPOSTOS PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL, COM ESCLARECIMENTOS, SE FOR O CASO, SOBRE AS CAUSAS QUE INVIABILIZARAM O PLENO CUMPRIMENTO DAS METAS ESTABELECIDAS	76
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	77
12. MEDIDAS IMPLEMENTADAS COM VISTAS AO SANEAMENTO DE EVENTUAIS DISFUNÇÕES ESTRUTURAIS QUE PREJUDICARAM OU INVIABILIZARAM O ALCANCE DAS METAS FIXADAS	86
13. AÇÕES REALIZADAS	86
TREINAMENTOS	86

gab

[Handwritten signature]

14. RECONHECIMENTOS..... 98

15. MELHORIAS..... 99

16. AQUISIÇÕES..... 104

gab.
S.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma para Programação de Aquisição para Reposição de Estoque...	28
Figura 2 - Fluxograma de Aquisição Via Ordem de Compra	29
Figura 3 - Fluxograma de Compra Emergencial.....	30
Figura 4 - Fluxograma de Unitarização de Medicamentos	Erro! Indicador não definido.
Figura 5 - Fluxograma de Inventário.....	31
Figura 6 - Fluxograma de Liberação de Prescrição.....	32
Figura 7 - Guia de Notificações Compulsórias Fonte: Ministério da Saúde (MS).....	38
.....	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Curativos Complexos por mês Fonte: Sistema SoulMV	35
Gráfico 2 - Elogios recebidos por mês Fonte: Ouvidoria HERSO ...	Erro! Indicador não definido.
Gráfico 3 - Pesquisa de Satisfação por mês Fonte: Ouvidoria HERSO	36
Gráfico 4 - % Perdas por Vencimento	78
Gráfico 5 - Efetividade das Intervenções	78
Gráfico 6 - % de Desospitalização Segura/Preparo de Alta Hospitalar	79
Gráfico 7 - % Taxa de Readmissão Hospitalar em até 29 dias	80
Gráfico 8 - % Taxa de Readmissão em UTI (48 horas).....	81
Gráfico 9 - Taxa de Incidência de IRAS em sítio cirúrgico em cirurgias limpas.....	81
Gráfico 10 - Turnover	82
Gráfico 11 - Indicadores EPIMED UTI 1 e 2	83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Lista de leitos de Unidades de Internação Fonte: Termo Aditivo ao Termo de Colaboração nº 101/2024 SES/GO	8
Tabela 2 - Resumo por Tipo de Ferida Fonte: Sistema Soul MV	34
Tabela 3 - Resumo por Região Ferida Fonte: Sistema Soul MV	35
Tabela 4 - Detalhamento de Treinamentos Mensais Fonte: Núcleo de Educação Permanente (NEP)	46
Tabela 5 - Detalhamento de Tipos de Transfusão por Unidade Fonte: Sistema de Informação de Produção Hemoterápica	49
Tabela 6 - Detalhamento de produção do SESMT Fonte: SESMT HERSO	50

gab.

8

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 o Termo de Colaboração nº 101/2024 SES/GO iniciado em setembro de 2024 e 1º Termo Aditivo iniciado em 21 de Março de 2025 em vigor até a presente data, apresenta-se nessa oportunidade o relatório gerencial e de atividades desenvolvidas referente ao ano de 2025.

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 leitos gerais, leitos complementares e leitos dia, distribuídos da seguinte forma, totalizando 99:

UNIDADE:	LEITOS:
Clínica Médica Adulto	12
Clínica Cirúrgica	53
Unidade de Terapia Intensiva – Adulto UTI Tipo II	18
PS – Observação	06
Box emergência	06
Leito dia	04

Tabela 1 - Lista de leitos de Unidades de Internação | Fonte: Termo Aditivo ao Termo de Colaboração nº 101/2024 SES/GO

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.

Handwritten signature

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, mobiliários, imóveis 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 sua preservação.

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.

gub

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 baixa 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 análise 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, o qual entregará na portaria no momento em que o bem deixar as dependências da instituição.

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;

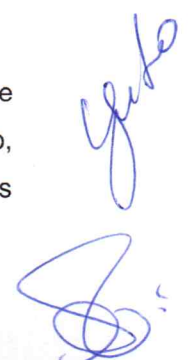
De acordo com novas movimentações entre as conferências anuais, o serviço de patrimônio deverá atualizar em seu controle patrimonial e o formulário de transferência interna de imobilizado corresponde ao novo termo de responsabilidade de bens.

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

gab.



Com manutenção onerosa ou rendimento precário devido a uso prolongado, desgaste prematuro ou obsolescimento 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

gab.

2

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


Ygab.

[Assinatura]

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 de Equipamento Médico e Investimentos

- ✓ 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 (GPAT) por e-mail solicitando o número de tombamento, quando se trata de equipamento médico, mobiliários e aparelhos adquiridos através de verba de investimento.
- ✓ A GPAT devolve um Termo de Responsabilidade 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, Utensílios E Aparelhos Adquiridos por Verba de Custeio

- ✓ 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 mobiliários, ou aparelhos adquiridos via verba de custeio.
- ✓ A GPAT devolve um Termo de Responsabilidade 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 GPAT 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 GPAT 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 Diretoria Administrativa 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

Yanb.
S.

- 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 624 colaboradores, dos quais 340 são contratados sob o regime CLT e 284 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 finalidade assegurar a disponibilidade contínua de todos os insumos necessários à cadeia assistencial, garantindo a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a sustentabilidade operacional, sempre em estrita observância às diretrizes orçamentárias e institucionais.

Uma gestão de estoques eficiente é fundamental para subsidiar decisões assertivas sobre o que solicitar, quanto solicitar e quando solicitar, estabelecendo níveis adequados de estoque de segurança que previnam tanto a ruptura no abastecimento quanto o excesso de materiais, o qual representa capital imobilizado e risco de perdas financeiras e operacionais.

Um dos principais desafios da gestão de materiais consiste em assegurar que cada item, seja material médico-hospitalar ou medicamento, esteja disponível no ponto de consumo, no momento correto, na quantidade e apresentação adequadas, com total segurança, rastreabilidade e conformidade regulatória. Para tanto, é indispensável a integração de todos os elos da cadeia de suprimentos, orientada à redução de custos, ao aumento da eficiência operacional e ao fortalecimento do relacionamento estratégico com fornecedores.



O setor de Suprimentos do IPGSE é responsável pelo gerenciamento de todos os estoques institucionais, assegurando o abastecimento contínuo de materiais, medicamentos e insumos essenciais. Esse gerenciamento estruturado contribui diretamente para a otimização dos recursos humanos, a redução de compras desnecessárias, a minimização de perdas, a diminuição do capital imobilizado em estoque, além de promover maior segurança ao paciente, maior agilidade no abastecimento, redução de subestoques e a padronização de insumos, sempre com foco na racionalização dos recursos disponíveis.

No âmbito do planejamento das aquisições, o setor adota metodologias consolidadas de gestão de estoque. Destaca-se a utilização da Curva ABC de consumo, que permite priorizar a gestão dos itens conforme seu impacto financeiro, bem como da Curva XYZ de criticidade, que classifica os materiais de acordo com seu grau de imprescindibilidade assistencial e operacional. Complementarmente, aplica-se de forma rigorosa a metodologia PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair), pilar essencial do planejamento logístico, assegurando que os produtos sejam utilizados conforme sua data de validade, reduzindo perdas e ampliando a eficiência do uso dos recursos.

Como marco relevante de modernização institucional, em julho foi implantada a nova Plataforma Corporativa de Aquisições do IPGSE, o Portal de Gestão de Suprimentos e Compras Corporativas – Compras.IPGSE.org.br. Esta solução digital inovadora passou a integrar, em ambiente único e seguro, todas as etapas do ciclo de compras, incluindo requisição, cotação, análise técnica e financeira, gestão de fornecedores, formalização de contratos, acompanhamento de pedidos e controle documental. A implantação do portal trouxe ganhos expressivos de agilidade, padronização de processos, transparência, rastreabilidade, conformidade regulatória e geração de dados estratégicos, fortalecendo o modelo de compras corporativas e elevando o nível de maturidade da cadeia de suprimentos do IPGSE.

Infraestrutura e Gestão de Investimentos

No campo da infraestrutura, o IPGSE estruturou e consolidou um fluxo técnico e institucional para a solicitação e avaliação de investimentos, assegurando alinhamento permanente com a Secretaria de Estado da Saúde. As demandas são analisadas de forma criteriosa, considerando critérios assistenciais, operacionais, financeiros e de impacto na qualidade do atendimento, de modo a atender de forma adequada e tempestiva às necessidades do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás – HERSO, conforme estabelecido no Portaria nº 3924/2024 (dezembro de 2024). Esse modelo fortalece a governança dos investimentos, amplia a previsibilidade orçamentária e



assegura que os recursos aplicados estejam diretamente vinculados às prioridades estratégicas da unidade e às diretrizes do sistema estadual de saúde.

O setor de Compras do IPGSE é responsável por conduzir as negociações com o mercado, selecionando o método mais apropriado para cada aquisição, de acordo com a natureza do item, o grau de urgência e as normas internas, sempre em estrita observância ao Regulamento de Compras e aos princípios da legalidade, economicidade, eficiência e transparência.

Contrato

Contrato é o instrumento jurídico que formaliza obrigações entre as partes, vinculando o fornecedor à entrega do produto, serviço ou resultado contratado e o IPGSE à correspondente contraprestação financeira. Suas cláusulas estabelecem as condições de fornecimento, em conformidade com o Direito Civil Brasileiro e com os princípios da Teoria Geral dos Contratos, assegurando segurança jurídica, previsibilidade e equilíbrio contratual.

Ordem de Compra

A Ordem de Compra é o documento oficial emitido pelo IPGSE para formalizar a aquisição de bens ou serviços junto aos fornecedores, regulamentando a relação comercial entre as partes e servindo como referência para faturamento, entrega, conferência e pagamento.

Modalidades de Compra

Compra Eventual

Refere-se à aquisição de itens de consumo esporádico, incluindo materiais não padronizados e aqueles que não compõem o estoque regular da instituição.

Reposição de Estoque

Destina-se à aquisição de itens padronizados de consumo recorrente, utilizados de forma contínua na operação assistencial e administrativa.

Compra de Pequena Monta

Caracteriza-se pela aquisição de bens, serviços ou produtos de baixo valor financeiro, destinados a suprir necessidades imediatas ou rotineiras, seguindo procedimentos administrativos simplificados que asseguram agilidade, economicidade e eficiência.



Compra de Urgência

Aplicável a situações críticas e imprevistas que demandam resposta imediata para evitar prejuízos operacionais, interrupção da assistência ou riscos à segurança do paciente. Observa fluxos administrativos excepcionais, respeitando a legislação e o regulamento institucional.

Transformação Digital da Cadeia de Suprimentos

Como culminância desse modelo de gestão e marco da modernização institucional, o IPGSE implantou, em julho de 2025, sua nova Plataforma Corporativa de Gestão de Suprimentos e Compras, o Portal Compras.IPGSE.org.br. A solução digital integrou, em ambiente único, seguro e auditável, todas as etapas do ciclo de aquisição: planejamento de demanda, requisição, cotação, análise técnica e financeira, formalização contratual, gestão de fornecedores, acompanhamento de pedidos, recebimento, controle documental e geração automática de indicadores.

A implantação da plataforma promoveu avanços concretos em governança, rastreabilidade, padronização de processos, transparência e conformidade **regulatória**, além de ampliar a capacidade analítica da instituição por meio de dados estruturados para suporte à tomada de decisão. O novo modelo fortalece as compras corporativas, eleva o poder de negociação institucional, reduz riscos operacionais e posiciona o IPGSE em um patamar avançado de maturidade logística, alinhado às melhores práticas da gestão em saúde e aos princípios da administração pública contemporânea: eficiência, economicidade, controle e responsabilidade na aplicação dos recursos.

FLUXOS LOGÍSTICOS

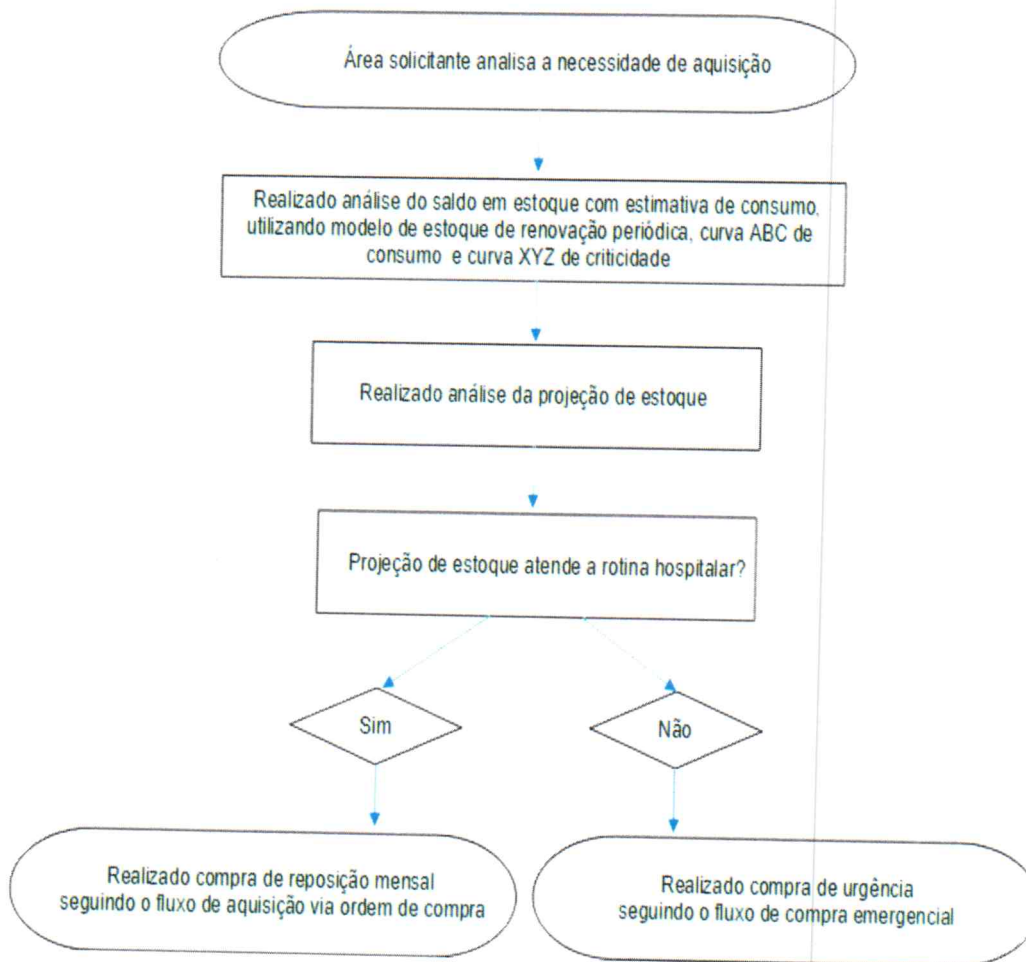


Figura 1 - Fluxograma para Programação de Aquisição para Reposição de Estoque

Yab.
[Signature]

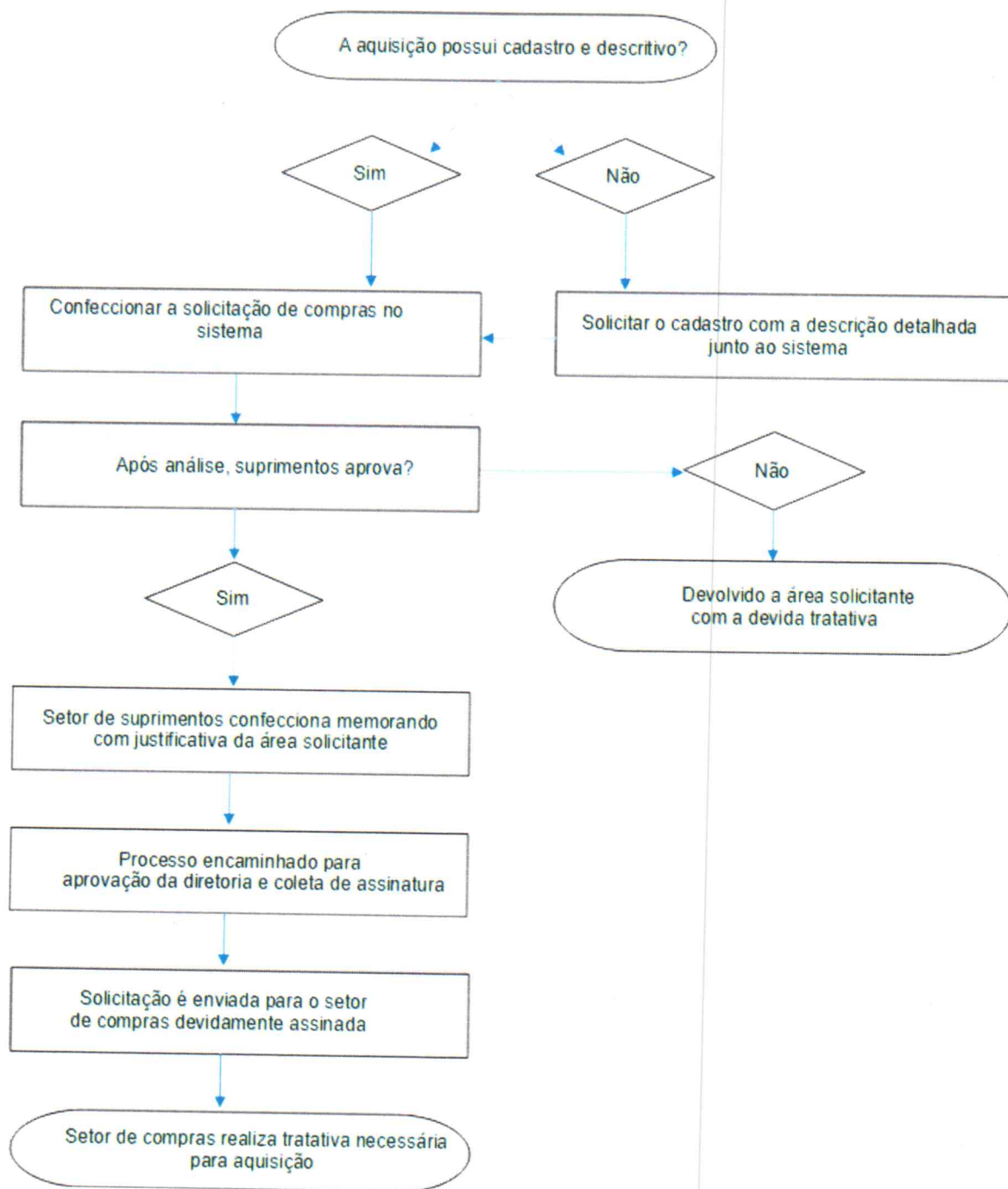


Figura 2 - Fluxograma de Aquisição Via Ordem de Compra

18/16

8

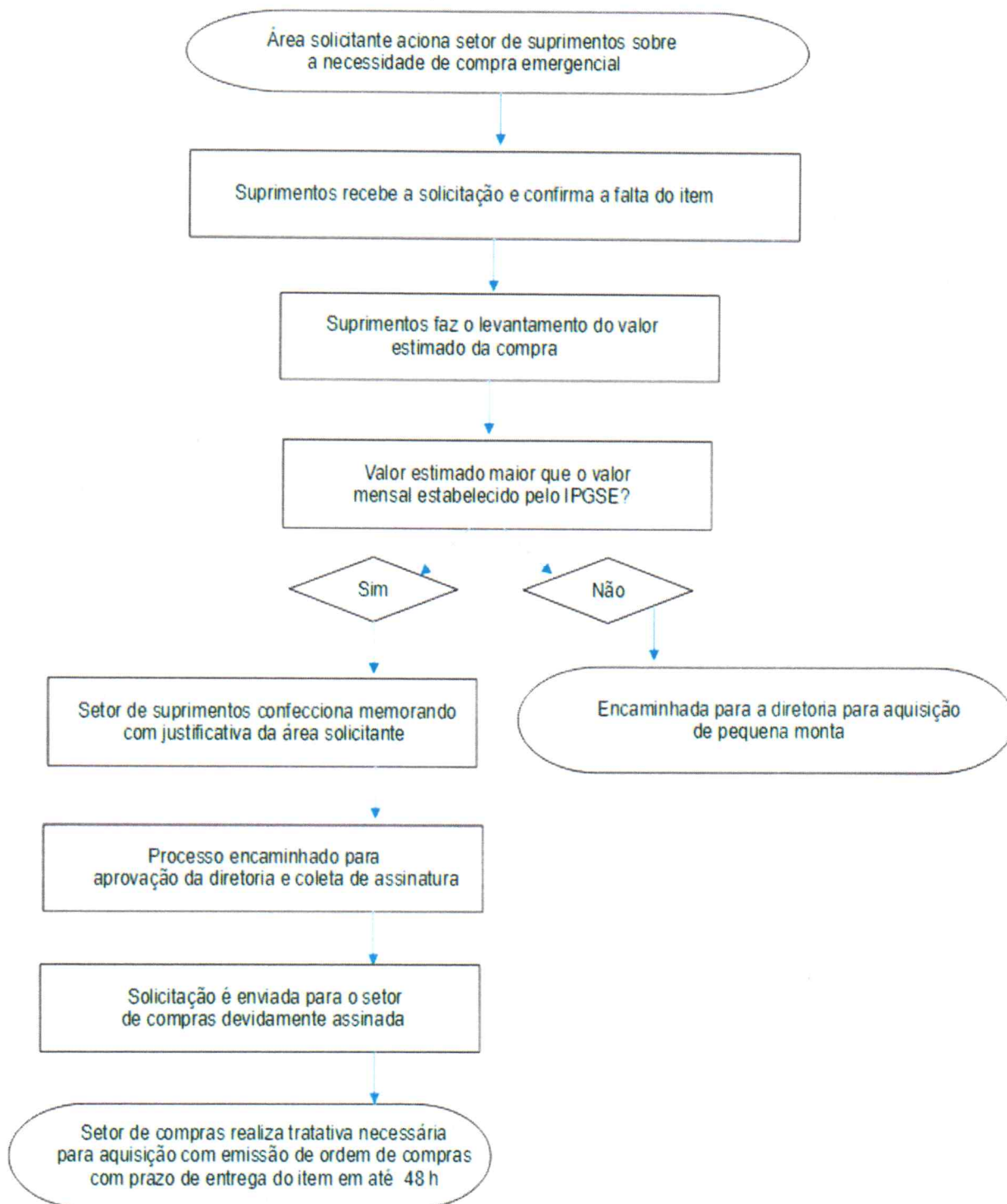


Figura 3 - Fluxograma de Compra Emergencial

gk

8

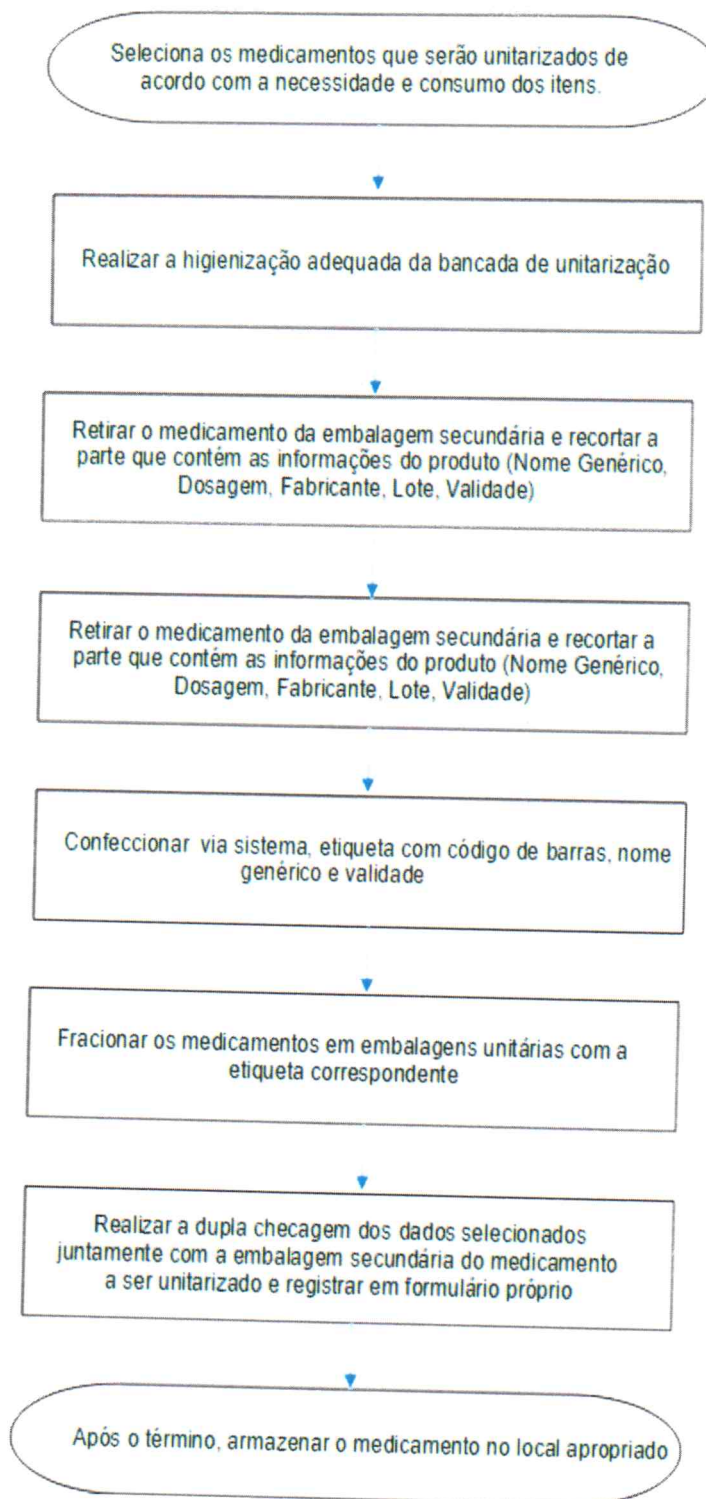


Figura 4 - Fluxograma de Unitarização de Medicamentos

gfb.

[Handwritten signature]

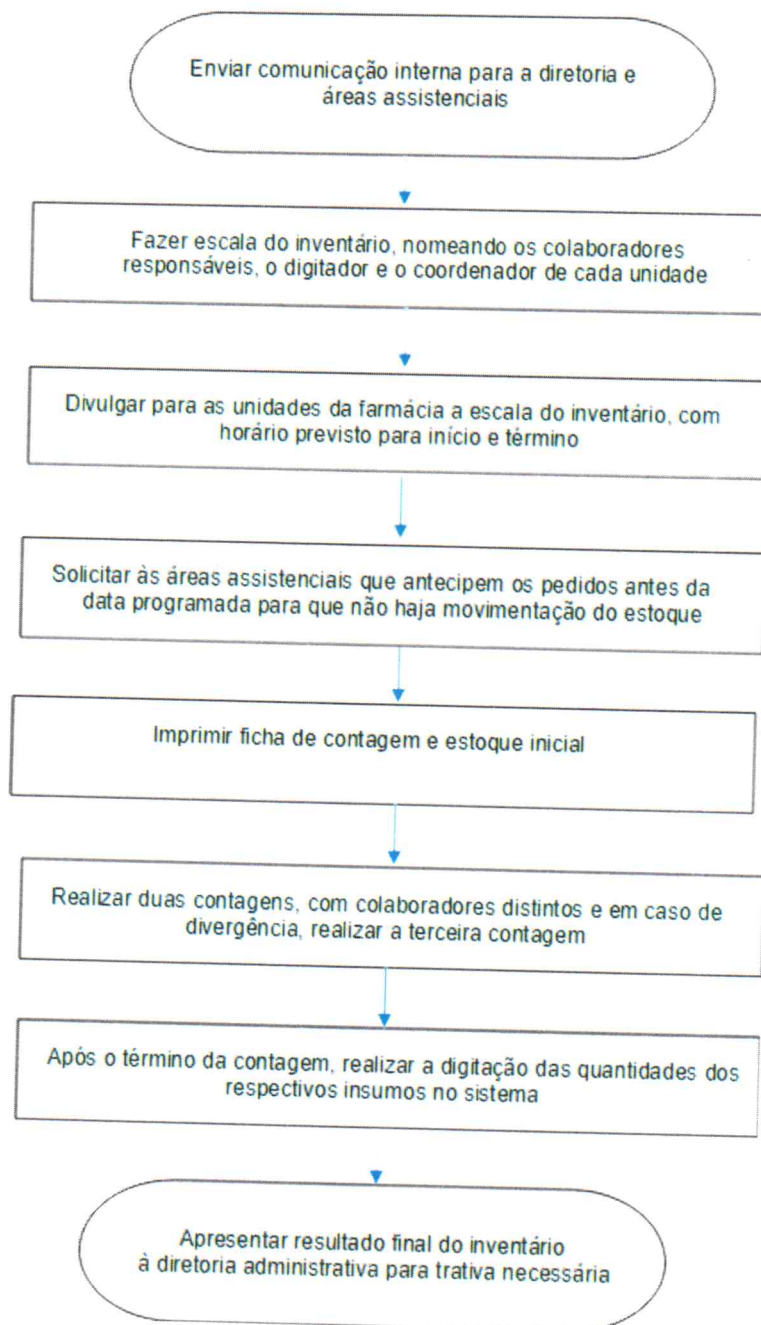
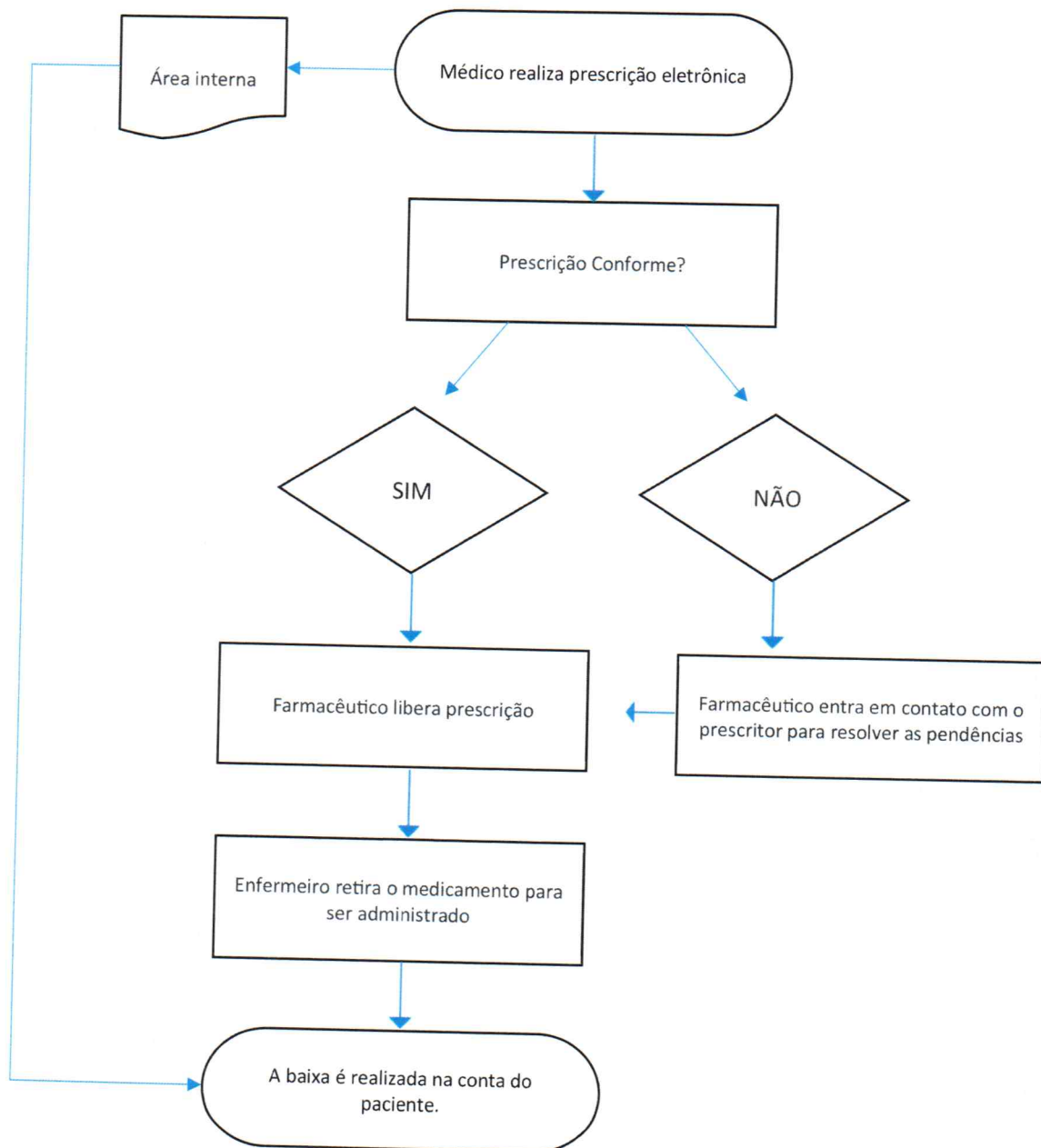


Figura 5 - Fluxograma de Inventário

yk
S.



Handwritten signatures and initials in blue ink.

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: GERCON, para consultas ambulatoriais GERINT para internações hospitalares e REGNET para cirurgias eletivas. 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 possui 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 2025 foram realizados 1.437 curativos em feridas de diversas complexidades, abaixo é detalhado os curativos realizados através de tabelas e gráficos.

RESUMO POR TIPO DE FERIDA													
DESCRIÇÃO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
Erisipela/Celulite	0	0	14	16	1	15	19	11	6	5	0	4	91
Escoriações	0	1	7	25	31	3	2	10	5	0	5	0	89
Fasciotomia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ferida Operatória	0	13	20	27	43	30	53	36	16	51	39	37	365
Ferida de Pé diabético	0	12	31	10	17	9	12	7	2	4	5	19	128
Lesão por Pressão	0	23	61	69	82	26	56	83	57	80	36	18	591
Síndrome de Fournie	0	7	21	5	9	0	0	0	35	4	2	3	86
Outros	0	9	2	1	21	13	12	1	4	19	4	1	87
TOTAL:	0	65	156	153	204	96	154	148	125	163	91	82	1437

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

Handwritten signature and initials in blue ink.

RESUMO POR REGIÃO DE FERIDA													
DESCRIÇÃO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
Abdome	0	7	21	3	9	1	11	0	12	1	3	3	71
Crânio	0	0	0	1	3	2	4	13	1	0	3	10	37
Face	0	0	0	4	8	0	0	0	0	0	2	0	14
Membro Inferior Direito	0	8	18	6	35	12	4	13	14	7	9	8	134
Membro Inferior Esquer	0	13	12	17	29	32	29	11	19	19	15	8	204
Membro Superior Direito	0	3	1	0	0	0	7	18	9	3	3	8	52
Membro Superior Esquer	0	0	0	1	1	0	13	9	6	20	9	0	59
Pé direito	0	11	18	15	6	17	17	2	11	12	6	24	139
Pé esquerdo	0	7	41	25	15	8	20	15	2	8	4	4	149
Região Sacral	0	15	37	2	0	0	1	0	0	0	0	0	55
Tórax	0	1	0	73	34	21	42	64	51	72	37	13	408
Trocanter Direito	0	0	6	0	0	0	2	3	0	1	0	0	12
Outros	0	0	2	6	64	3	4	0	0	20	0	4	103
TOTAL:	0	65	156	153	204	96	154	148	125	163	91	82	1437

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

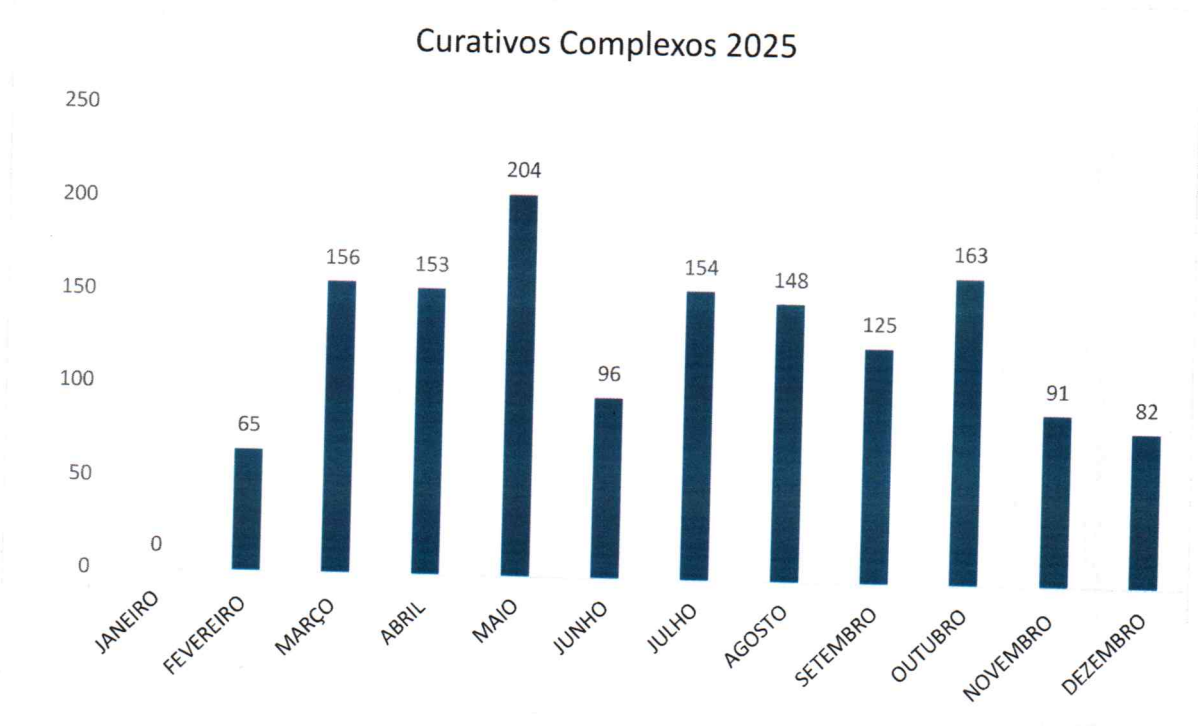


Gráfico 1 - Curativos Complexos por mês | Fonte: Sistema SoulMV

Serviço de Desospitalização

O serviço de desinternação hospitalar é composto pelos profissionais da equipe Multiprofissional da unidade: Psicologia, Assistente Social, Médico, Enfermeira do Serviço Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS), Enfermeiros, Farmacêuticos e Nutricionista. Estes elaboram um plano terapêutico com o propósito de agilizar e aprimorar a efetividade do tratamento individualizado, conforme as necessidades de cada paciente, visando à redução do tempo de permanência dos usuários internados.

[Handwritten signature]

Equipe Multiprofissional

O HERSO presta assistência multiprofissional aos pacientes, contribuindo com a qualidade da assistência oferecida na promoção, prevenção e a reabilitação à saúde. Entre as diversas ações realizadas pela equipe multiprofissional, destaca-se a realização de visitas multiprofissional que direcionam a estratégia de cuidado.

Ouvidoria

A Ouvidoria do HERSO recebe demandas presenciais ou por canais eletrônicos, Registram reclamações, elogios e sugestões com identificação ou se o usuário preferir, de maneira anônima.

Em 2025 o Índice Médio de Satisfação dos usuários foi de 97,51%.

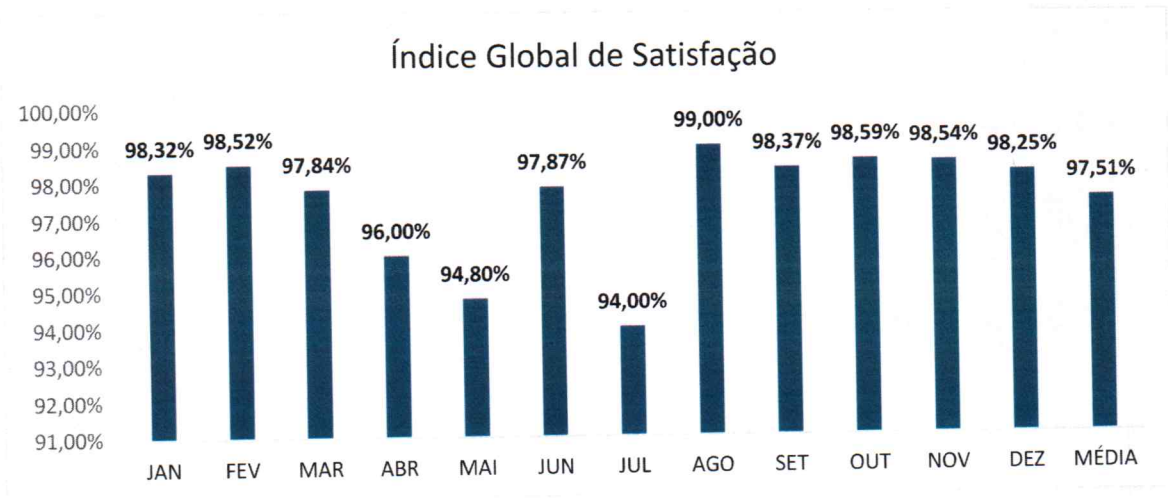


Gráfico 2 - Pesquisa de Satisfação por mês | Fonte: Ouvidoria HERSO

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

O Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) atua focado 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:

Handwritten signature and initials in blue ink.

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

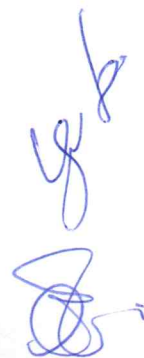
- Visita nas Unidades de Terapia Intensiva, clínica médica adulto, clínica cirúrgica, clínica ortopédica, box, sala vermelha e amarela diariamente, para avaliação dos casos suspeitos (Sugeridos pela equipe multiprofissional);
- Avaliação dos pacientes que receberam prescrição de antibióticos para doenças 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 são 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. A vigilância rotineira possibilita a coleta de numeradores para estas taxas. Os indicadores são disponibilizados via sistema Interact, enviado via e-mail para o serviço de qualidade do hospital, e apresentado na reunião mensal da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIRAS.

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

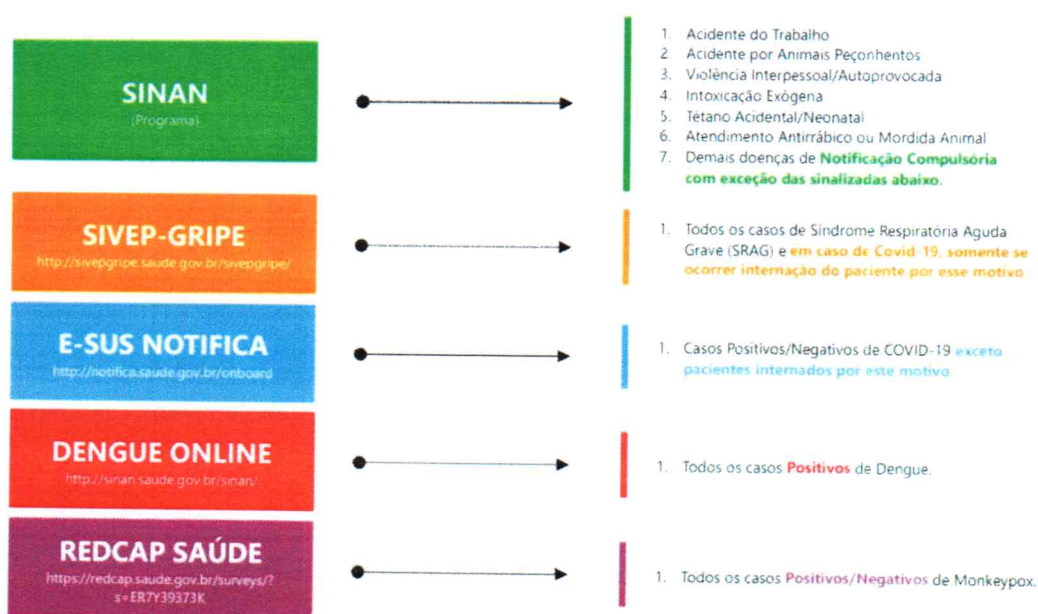


Figura 7 - Guia de Notificações Compulsórias | Fonte: Ministério da Saúde (MS)

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.

Ygab
[Assinatura]

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 2025 foram realizados 134 (cento e trinta e quatro) treinamentos na unidade para os colaboradores, totalizando 5.800 (cinco mil e oitocentos) participantes, alcançando 732:31:00 (setecentos e trinta e duas horas e trinta e um minutos). A seguir, o detalhamento dos treinamentos executados em 2025:

Yub

8

SETOR	TEMAS ABORDADOS	Nº DE PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA	DATA	FACILITADOR
ENGENHARIA CLÍNICA	TERMODESINFECTORA	29	5:00:00	15, 16 E 17/01/25	GUILHERME ROSSIN
FISIOTERAPIA	PRESCRIÇÕES E EVOLUÇÕES DE FISIOTERAPIA	12	1:30:00	21, 22 E 23/01/25	LILLENE LEITE
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE	9	2:00:00	20/1/2025	IZABELA ALVES
LABORATÓRIO	SEMEIO E IDENTIFICAÇÃO DE AMOSTRAS MICROBIOLÓGICAS	8	2:00:00	20/1/2025	IZABELA ALVES
NEP	FERIDAS E COBERTURAS	170	15:00:00	11, 12, 13, 15, 16, 17 E 25/01/25	CARLOS ALBERTO FURQUIM
PSICOLOGIA	JANEIRO BRANCO	108	4:00:00	21 E 22/01/25	SÔNIA GONÇALVES
SESMT	BRIGADA DE INCÊNDIO	113	27:00:00	6, 7 E 8/01/25	GESIEL B. DA SILVA/ MARI F. SOUZA
IMAGEM	CIRURGIA SEGURA	9	1:00:00	28/1/2025	ANA CAROLINA ALVES
RECEPÇÃO	ATENDIMENTO HUMANIZADO	18	2:00:00	21/1/2025	ELIZAMA SILVA
FARMÁCIA	MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA E SINALIZAÇÃO DOS GRUPOS DOS MEDICAMENTOS CRÍTICOS	23	0:53:00	25 E 26/01/25	KARLA S'AMARA
SHL	PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIO	39	3:04:00	27, 28 E 29/01/25	MÁRCIA E LORENA
AGT	UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS NO MV	4	2:00:00	25/2/2025	IZABELA ALVES
IMAGEM	USO DE VESTIMENTO DE PROTEÇÃO	8	0:30:00	12/2/2025	ANA CAROLINA
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	9	2:00:00	21/2/2025	IZABELA ALVES
LOGISTICA	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS MV	67	9:00:00	12, 13 E 14/02/25	LOIANNY
NUTRIÇÃO	MANUAL LACTÁRIO	5	0:30:00	20/2/2025	CATIANE
SCIRAS	PRECAUÇÕES PADRÃO E ADICIONAIS	151	3:39:00	19, 20 E 21/02/25	JULIANA
SESMT	NR-32	273	6:10:00	18, 19 E 20/02/25	PATRÍCIA
SHL	GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	41	1:20:00	17, 18 E 19/02/25	LORENA
ASSISTÊNCIA	APLICAÇÃO DA FERRAMENTA SBAR	34	1:30:00	05 E 06/02/25	RAFAEL PEREIRA E JENIFER CASTRO

ENG. CLÍNICA	BOMBA DE SERINGA	1	0:30:00	12/2/2025	GUILHEME SANTOS
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	3	12:06:00	10, 18 E 20/02/2025	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
SESMT	NR-32 FLUXOGRAMA DE ACIDENTES, CAT, PCMSO	1	1:00:00	10, 18 E 20/02/25	GABRIEL OLIVEIRA
SESMT	INTEGRAÇÃO SESMT	2	1:15:00	18 E 20/02/2025	GABRIEL OLIVEIRA E PAULA CAMILA
AGT	DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	4	2:00:00	14/3/2025	IZABELA ALVES
LABORATÓRIO	TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES	2	2:00:00	12/3/2025	IZABELA ALVES
ASSISTENCIAL	ATENDIMENTO INICIAL AO GRANDE QUEIMADO NO INTRA HOSPITALAR	176	16:00:00	12, 13, 14, 17, 18, 19 E 29/03/25	ARIANY/LIDIANE
AUDITORIA	PRONTUÁRIO SEGURO	34	4:28:00	26, 27 E 28/03/25	MURILO ALMEIDA
FISIOTERAPIA	MANEJO DO VENTILADOR MECÂNICO	68	4:00:00	11, 12 E 13/03/25	MILLENE LEITE
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	7	2:00:00	24/3/2025	IZABELA ALVES
LABORATÓRIO	DESCARTE DE MATERIAIS	8	2:00:00	17/3/2025	IZABELA ALVES
NSP	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	36	3:00:00	31/3/2025	NATÁLIA SILVA
PSICOLOGIA	DESENVOLVER A EMPATIA NO AMBIENTE DE TRABALHO	110	5:35:00	05, 06 E 07/03/25	SÔNIA PRADO
RECEPÇÃO	CONTROLE DE ACESSO	16	1:30:00	28/3/2025	ELIZAMA SILVA
SHL	CONHECIMENTO TÉCNICO DO TRABALHO	37	3:15:00	18, 19 E 20/03/25	LORENA SOUSA
RH	CONTROLE DE ATIVIDADES DO SETOR	2	1:30:00	26/3/2025	ISADORA ROSA
LABORATÓRIO	COLETA E IDENTIFICAÇÃO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS	23	02:00	17/3/2025	IZABELA ALVES
AGT	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	5	2:00:00	24/4/2025	IZABELA ALVES
ASSISTÊNCIA	SINAIS VITAIS (SSVV)	175	13:00:00	5, 7, 9, 12, 14, 15 E 16/04/25	CARLOS FURQUIM
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	5	2:00:00	23/4/2025	IZABELA ALVES
NSP	COMUNICAÇÃO EFETIVA	80	3:10:00	23 E 24/04/25	NATALIA RODRIGUES
NUTRIÇÃO CLÍNICA	PREENCHIMENTO DE ESTATÍSTICA E PLANILHA DE INDICADORES	4	0:30:00	10/4/2025	CATIANE DE SOUZA

QUALIDADE	SISTEMA INTERACT	36	2:10:00	29 E 30/04/25	ROBERTA CARDOSO
SESMT	NR-26 MANUSEIO DE PRODUTOS QÍMICOS	54	3:00:00	2, 3 E 4/4/25	RUBENS PREIRA
SHL/SPR	MEIOS DE CONTAMINAÇÃO	36	2:55:00	14, 15 E 16/04/2025	MÁRCIA LEAL E GIVALDO
SESMT	INTEGRAÇÃO	4	1:26:00	01 E 08/04/2025	RUBENS PREIRA
RH/NEP	ATIVIDADES DO SETOR	2	1:15:00	04 E 08/4/25	ISADORA ROSA
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO SETORIAL	3	9:00:00	1/4/2025	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
NSP	ABRIL PELA SEGURANÇA DO PACIENTE	38	1:10:00	24/4/2025	NATALIA RODRIGUES
NSP	IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE	26	2:00:00	1/4/2025	NATALIA RODRIGUES
ENG. CLÍNICA	TREINAMENTO OPERACIONAL	4	4:00:00	15/4/2025	MATHEUS FELIPE
FISIOTERAPIA	INDICADORES DE FISIOTERAPIA	10	1:00:00	20, 21 E 22/05/25	MILENE LEITE
IMAGEM	USO DE DOSIMETRO E EXPOSIÇÃO	8	1:00:00	8/5/2025	ANA CAROLINA ALVES
LABORATÓRIO	HEMOVIGILANCIA	21	2:00:00	23/5/2025	IZABELA ALVES
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE	10	2:00:00	26/5/2025	IZABELA ALVES
LOGÍSTICA	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS AO MV	65	1:30:00	28, 29 E 30/05/25	LOIANNY SOARES
NEP/ ASSISTÊNCIA	CEP - PRINCÍPIOS ÉTICOS, DIREITOS, DEVERES, PROIBIÇÕES E POSTURAS	158	10:00:00	22, 23, 24, 30 E 31/05/2025	CARLOS FURQUIM
RECEPÇÃO	GUARDA-VOLUME	14	2:00:00	20/5/2025	ELIZAMA SILVA
RH/NEP	ROTEIRO DE INTEGRAÇÃO	4	14:00:00	05 E 08/05/25	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
SCIRAS	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	153	10:00:00	05, 06 E 07/05/25	EQUIPE SCIRAS
SESMT	INTEGRAÇÃO	4	0:30:00	05 E 08/05/25	PAULA CAMILA
SHL/SPR	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	31	3:21:00	21, 22 E 23/05/25	LORENA CRISTINA
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE	9	2:00:00	24/6/2025	IZABELA ALVES DE SOUSA MIRANDA
NEP	PROTOCOLOS CIRURGIA SEGURA	165	11:00:00	23, 24, 25, 26, 27 E 28/06/2025	CARLOS FURQUIM

Handwritten signatures and initials in blue ink.

NSP	CIRURGIA SEGURA	163	11:00:00	23, 24, 25, 26, 27 E 28/06/2025	NATALIA SILVA
NUTRIÇÃO CLÍNICA	INDICADORES DE QUALIDADE DA NUTRIÇÃO	8	1:00:00	17 E 18/06/2025	CATIANE DE SOUSA MARTINS
PSICOLOGIA	CONTROLE EMOCIONAL NO AMBIENTE DE TRABALHO	4	1:00:00	23 E 24/06/2025	SONIA PRADO MACHADO
RH	INTEGRAÇÃO SETORIAL	10	44:12:00	02, 06 E 16/06/2025	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
SCIH	PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES (IRAS)	50	0:30:00	16/6/2025	LUCIENE ALVES
SESMT	DESCARTE DE RESÍDUOS SÓLIDOS	84	6:00:00	23, 24 E 26/06/2025	GABRIEL OLIVEIRA ROSA/ PAULA E POLYANA
SESMT	INTEGRAÇÃO	3	0:20:00	06 E 16/06/2025	PAULA CAMILA
SESMT	NR-32, FLUXOGRAMA DE ACIDENTES, CAT, PCMSO	20	2:00:00	02 E 26/06/2025	GABRIEL OLIVEIRA ROSA
SESMT	TREINAMENTO TRABALHO EM ALTURA	9	9:00:00	10/6/2025	SIMÕES ASSESORIA
SHL	PRODUTIVIDADE NO TRABALHO	33	2:10:00	25, 26 E 27/06/2025	LORENA CRISITNA
FONOAUDIOLOGIA	PROTOCOLO DE EXTUBAÇÃO	32	1:10:00	27 E 30/06/2025	IRENE FURQUIM
ASSISTÊNCIA	BANHO DO PACIENTE NO LEITO	95	6:00:00	29, 30 E 31/07/2025	CARLOS FURQUIM
LABORATÓRIO	AValiação EXTERNA DE QUALIDADE	9	2:00:00	23/7/2025	IZABELA ALVES
LABORATÓRIO	COMUNICADO DE RESULTADOS CRITICOS E PRÁTICA DE CONTROLE DE RISCOS	12	2:00:00	16/7/2025	IZABELA ALVES
RECEPÇÃO	ATUALIZAÇÃO DE SISTEMA	9	2:00:00	29/7/2025	ELIZAMA SILVA
SESMT	SIPAT	205	8:00:00	22, 23 E 24/07/2025	FACILITADORES EXTERNO
SHL	ASSIDUIDADE	34	03:00	22, 23 E 24/07/2025	MARCIA APARECIDA
SESMT	INTEGRAÇÃO SETORIAL	3	1:30:00	04, 16 E 18/07/2025	GABRIEL OLIVEIRA E PAULA CAMILA
SESMT	TREINAMENTO RECICLAGEM NR 33	2	16:00:00	18/7/2025	MARIO DOS SANTOS
AG. TRANSFUSIONAL	PRÁTICAS DE CONTROLE DE RISCO	4	2:00:00	16/7/2025	IZABELA ALVES
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	ORIENTAÇÕES PARA PAI POSITIVO	5	2:00:00	15/8/2025	IZABELA ALVES
DIRETORIA	ENGAJAMENTO DE TIME E GESTÃO COLABORATIVA	26	1:00:00	28/08/2025	MONALISA RIBEIRO

FARMÁCIA	DUPLA CHECAGEM E REGISTRO DE FALHAS	11	0:40:00	20/8/2025	BÁRBARA PARTATA
FISIOTERAPIA	ASPIRAÇÃO EM TOT/TQT	33	0:40:00	25 E 26/08/2025	REGIANE LOPES
LABORATÓRIO	AValiação EXTERNA DE QUALIDADE	8	2:00:00	22/8/2025	IZABELA ALVES
RH/NEP	INTEGRAÇÃO SETORIAL	16	65:14:00	01, 04, 07, 12 E 15/08/2025	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
RH/NEP	SIADI	3	0:55:00	1/8/2025	LAZARA REILA
RH/NEP	SONDA, DRENOS E CATETERES	174	11:00:00	15, 16, 17, 26, 27 E 28/08/2025	CARLOS FURQUIM
SESMT	INTEGRAÇÃO	5	1:15:00	07 E 12/08/2025	PAULA CAMILA E GABRIEL OLIVEIRA
SESMT	NR-17 ERGONOMIA	69	3:00:00	13, 14 E 15/08/2025	ELENICE KAROLINE
SESMT	NR-32, FLUXOGRAMA, CAT	2	1:00:00	15/8/2025	GABRIEL OLIVEIRA
SHL	CONCEITOS DE LIMPEZA	34	3:00:00	19, 20 E 21/08/2025	MARCIA LEAL
SUPRIMENTOS	TREINAMENTO SC	9	1:30:00	7/8/2025	VITOR PEIXOTO
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES	3	1:00:00	10/9/2025	IZABELA ALVES
DIRETORIA	DESENVOLVIMENTO DE LÍDERES	23	1:20:00	17/09/2025	ELEONILDA
FONOAUDIOLOGIA	DISFAGIA	47	2:00:00	5/9/2025	IRENE CORREA
LABORATÓRIO	PROCESSAMENTO DE LIQUIDOS CAVITÁRIOS	7	2:00:00	15/9/2025	IZABELA ALVES
LABORATÓRIO	COMUNICADO DE RESULTADOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	7	2:00:00	15/9/2025	IZABELA ALVES
LABORATÓRIO	AValiação EXTERNA DE QUALIDADE	8	2:00:00	12/9/2025	IZABELA ALVES
RH/NEP	INTEGRAÇÃO SETORIAL	16	31:55:00	01, 15 E 19/09/2025	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
RH/NEP	METODO START / CRAMP	217	12:00:00	09 A 11/09 E 25/09 a 27/09/2025	CARLOS FURQUIM
SESMT	INTEGRAÇÃO SETORIAL	1	0:20:00	15/9/2025	SESMT
SESMT	NR-05 - CIPA	20	16:00:00	15 E 16/09/2025	SESMT
SHL	POSTURA E ETICA PROFISSIONAL	35	3:00:00	17 a 19/09/2025	MARCIA APARECIDA

PSICOLOGIA	SETEMBRO AMARELO	119	3:00:00	12/9/2025	SÔNIA G. DO PRADO MACHADO
NSP	NOTIFICAÇÕES - EPIMED	53	10:00:00	01, 02, 08 e 09/09/2025	NATALIA RODRIGUES
NSP	PREVENÇÃO DE QUEDAS E LPP	94	5:44:00	18/09 E 19/09	LUANA LOPES
NSP	PROTOCOLO DE SEPSE	25	1:00:00	02/09 e 17/09	LUANA LOPES
NSP	TIMERS NAS FERIDAS	28	1:00:00	18/09 E 19/09	WILLIAM VIEIRA
SCIRAS	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	141	3:10:00	21 E 22/10/2025	NAIANE SILVA
NUTRIÇÃO	INDICADOR DE VOLUME PRESCRITO X VOLUME INFUNDIDO	48	2:00:00	22 E 23/10/2025	NAYANE MATIAS
RH/NEP	INTEGRAÇÃO SETORIAL	8	19:48:00	02, 09, 10 E 14/10/2025	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
FONOAUDIOLOGIA	MARCAÇÃO DOS LEITOS	63	1:33:00	27 E 28/10/2025	IRENE FURQUIM
NEP	POLITRAUMA	163	13:00:00	08,09, 10, 17, 22,24, 25 E 25/10/2025	CARLOS FURQUIM
FISIOTERAPIA	PREVENÇÃO DE PAV NAS UTI'S	60	4:15:00	22, 23 E 24/10/2025	REGIANE SCHMIDT
SHL	PRODUTOS QUIMICOS	40	3:00:00	22, 23 E 24/10/2025	MÁRCIA LEAL
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	7	2:00:00	23/10/2025	IZABELA ALVES
LABORATÓRIO	AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE	7	2:00:00	24/11/2025	ARIANY
FONOAUDIOLOGIA	BRONCOASPIRAÇÃO	40	1:23:00	13/11 A 17/11	IRENE
RECEPÇÃO	DADOS ESTATISTICOS	15	2:30:00	5/11/2025	ELIZAMA
EQUIPE DE INTEGRAÇÃO	INTEGRAÇÃO SETORIAL	6	17:10:00	12/11 A 14/11	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
NEP	MEDICAÇÃO	180	13:00:00	06/11 a 17/11	CARLOS FURQUIM
SHL	PGRSS	34	3:00:00	17/11 A 19/11	MARCIA APARECIDA
LOGÍSTICA	REQUISIÇÃO DE MATERIAIS	74	2:00:00	27/11 e 28/11	ZELIO DIVINO
FARMÁCIA	SEGURANÇA MEDICAMENTOSA	10	3:30:00	27/11/2025	BÁRBARA AZEVEDO
NEP	PCR - RCP	164	11:00:00	13/12 a 15/12, 27/12 E 30/12	CARLOS FURQUIM

QUALIDADE	AUDITORIA INTERNA	28	8:00:00	01/12 e 02/12	THAISA AFONSO
SESMT	PLANO DE AÇÃO EMERGENCIAL	20	3:00:00	17/12 a 19/12	POLYANA FLAUZINA
LABORATÓRIO	AValiação EXTERNA DE QUALIDADE	8	2:00:00	22/12/2025	ARIANY CRISTINA
EQUIPE DE INTEGRAÇÃO	INTEGRAÇÃO SETORIAL	13	44:35:00	01/12, 05/12, 10/12 E 12/12	EQUIPE DE INTEGRAÇÃO
	TOTAL:	5.800	732:31		

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 possui 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 2025, o Núcleo de Segurança do Paciente do HERSO

Handwritten signatures and initials in blue ink.

recebeu 1.379 eventos através do Sistema de Gestão da Qualidade implantando em nossa unidade gerida e no EPIMED, conforme tabela abaixo.

EVENTOS NOTIFICADOS												
JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
96	77	147	80	71	120	108	117	104	211	97	151	1379

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 clínico-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.

Os farmacêuticos 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/despadronização de mat./med., para que haja efetividade e melhoria na assistência e promoção da saúde no HERSO.

Laboratório de Análises Clínicas

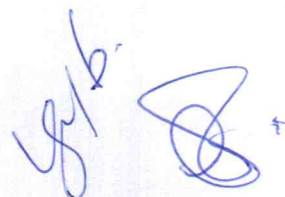
O Laboratório de análises clínicas do HERSO participa ativamente do diagnóstico clínico e tratamento dos pacientes da urgência, dos que estão nas unidades de internação e desde 2022, dos pacientes regulados para procedimentos eletivos. São executados em média 14.000 exames/mês nas áreas de: bioquímica, 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 2025, 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 consequente 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.

Handwritten signature in blue ink, followed by a circular stamp containing a stylized logo or monogram.

Em 2025, foram realizadas 2.403 transfusões tanto no HERSO e demais em unidades externas, abaixo é apresentado o quantitativo de transfusões.

TIPO	TRANSFUSÕES 2025												TOTAL
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
Concentrado de Hemácias	149	147	118	152	106	176	154	102	113	133	131	119	1600
Plasma Fresco Congelado	28	23	18	31	29	77	44	22	35	37	35	15	394
Crioprecipitado	16	41	0	0	7	75	0	0	35	7	26	0	207
Concentrado de Plaquetas	27	27	16	13	8	49	9	5	3	8	13	24	202
TOTAL	220	238	152	196	150	377	207	129	186	185	205	158	2403

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;
- Inspecionar, 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 2025 do Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT):

PRODUÇÃO SESMT 2025													
DESCRIÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JULH	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Controle de EPI's - Itens entregues, exceto mascaras descartáveis	212	72	147	105	155	173	85	84	104	90	121	105	1453
Solicitação de compras de EPI's	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Investigação - FRAT e CAT	0	1	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1	11
Atendimentos Médicos	5	4	3	3	7	5	1	5	6	3	4	2	48
Integração de Segurança para novos colaboradores	52	63	69	35	77	100	98	62	71	81	52	65	825
Exames Periódicos	0	3	0	5	1	6	6	13	10	8	8	0	60
Retorno ao trabalho	35	37	48	21	64	87	68	39	44	42	26	35	546
Exames Admissionais	0	1	1	2	2	1	3	0	2	4	1	2	19
Exames Demissionais	2	3	4	6	8	8	20	12	5	11	9	10	98
APR para terceiras	15	14	2	3	1	3	1	3	3	6	5	4	60
Atendimentos Triagens	3	1	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	27
Notificação de colaboradores em desacordo com NR32	57	63	67	37	73	110	98	62	71	81	52	65	836
Visita técnica de Saúde e Segurança no Trabalho	4	4	14	7	19	8	8	15	18	34	50	24	205
Teste de alarme sonoro	27	17	19	18	18	22	22	15	56	60	53	36	363
Inspeção no sistema de hidrantes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Inspeção em lampadas de emergência	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Inspeção em Extintores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Inspeção em caixas de perfuro cortantes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Realocação de Gestantes	7	6	8	6	13	10	10	4	25	30	24	18	161
Atestados recebidos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	6
Campanha de vacinação	176	147	175	155	173	130	141	135	150	127	103	120	1732
	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1

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

Sistema de combate a incêndio da unidade é composto por:

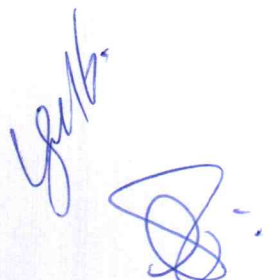
- Sistema de alarme sonoro;
- Sistema de luz de emergência;
- Sistema de 12 Hidratantes com acionamento de alarme;
- Extintores de incêndios (74 unidades distribuídos na unidade entre extintores (PQS 6KG, PQS 4KG, AP 10 LT, CO2 6KG) conforme necessidade prevista.

Handwritten signature and initials in blue ink.

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.

Handwritten signature in blue ink, followed by a circular stamp or mark.

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

Produção Assistencial 2025																		
Internação	Meta mensal	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Meta mensal (1º Aditivo)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Meta anual	Total realizado	Eficácia anual
Clinica Cirúrgica	381	344	355	209	381	161	363	361	312	361	361	364	375	366	383	4.572	4.315	94,38%
Clinica Médica	55	45	57	54	82	14	58	59	100	78	77	83	88	76	88	914	877	95,95%
Clinica Médica Pediátrica	44	3	10	7	N/A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	132	20	15,15%
Clinica Cirúrgica Pediátrica	36	0	0	0	N/A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	108	0	0,00%
Total	516	392	422	270	463	175	421	420	412	439	438	447	463	442	471	5.726	5.212	91,02%

 11

Cirurgias	Meta mensal	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Meta mensal (1º Aditivo)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Meta anual	Total realizado	Eficácia anual
Cirurgia eletiva de Alto Giro	100	82	51	50	100	70	104	107	116	129	113	124	103	119	120	1.200	1.288	107,33%
Cirurgia eletiva de Média ou Alta Complexidade	80	70	124	49	90	50	86	70	74	72	95	80	108	77	85	1.050	1.040	99,05%
Cirurgia eletiva de Alto Custo	30	14	15	12	20	3	15	16	15	0	0	0	0	0	0	270	90	33,33%
Total	210	166	190	111	210	123	205	193	205	201	208	204	211	196	205	2.520	2.418	95,95%

Cirurgias Programadas NIR	Meta mensal	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Meta mensal (1º Aditivo)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Meta anual	Total realizado	Eficácia anual
Cirurgia Geral	210	103	128	70	210	69	126	110	129	122	113	115	107	109	105	2.520	2.418	95,95%

Yap.

[Signature]

Ortopedia	31	31	29	51	53	61	56	52	70	80	62	60	71
Urologia	31	31	12	3	26	22	17	27	21	9	41	27	27
Buco-maxilo	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Cirurgia Vascular	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0	1	0	2
Total	166	190	111	123	205	193	205	201	208	204	211	196	205

Atendimento ambulatorial	Meta mensal	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Meta mensal (1º Aditivo)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Meta anual	Total realizado	Eficácia anual
Consulta médica na Atenção Especializada	800	1.049	826	480	1.350	403	1.057	1.036	1.129	1.101	1.059	1.127	1.177	1.023	970	14.747	12.437	84,34%
Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	900	1.343	1.329	847	1.550	502	1.547	1.397	1.508	1.835	1.838	1.684	1.783	1.479	1.414	16.881	18.590	110,12%

Pequeno Procedimentos Ambulatoriais	40	16	12	8	40	9	17	9	9	14	26	21	15	12	6	480	174	36,25%
TOTAL	1.740	2.408	2.167	1.335	2.940	914	2.621	2.442	2.646	2.950	2.923	2.832	2.975	2.514	2.390	32.108	31.117	96,91%
Consultas médicas na Atenção Especializada (por especialidade)	Meta mensal	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Meta mensal (1º Aditivo)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Meta anual	Total realizado	Eficácia anual
Vascular	800	26	20	18	1.350	8	35	32	32	34	75	37	53	41	37	14.747	12.437	84,34%
Cardiologia		51	47	33		40	24	55	70	60	63	89	61	60	49			
Cirurgia Geral		260	281	212		141	348	340	338	325	336	322	309	291	289			
Neurologia		0	0	0		0	0	0	0	0	0	14	48	31	32			
Ortopedia		469	328	159		118	366	327	401	425	386	473	486	433	366			



Urologia	88	84	48		32	82	75	71	72	77	65	94	77	85			
Neurocirurgia	9	7	1	sem meta	5	5	8	12	6	7	5	5	4	3			
Clinico Geral	146	59	9		59	197	199	205	179	115	122	121	86	109			
Total	1.049	826	480		403	1.057	1.036	1.129	1.101	1.059	1.127	1.177	1.023	970			

Consulta multiprofissional na Atenção Especializada (por especialidade)	Meta mensal	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Meta mensal (1º Aditivo)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Meta anual	Total realizado	Eficácia anual
Enfermagem	900	775	729	505	1.550	333	980	866	659	837	941	824	926	797	783	16.881	18.590	110,12%
Fisioterapia		188	192	120		57	193	161	196	219	201	209	201	168	166			
Farmácia		19	19	0		4	6	10	121	116	86	36	55	42	14			
Nutricionista		181	182	110		47	182	175	207	206	185	206	206	170	146			

Psicologia	162	193	105	57	169	160	313	436	409	402	411	328	309
Buco-maxilo	18	14	7	4	17	25	12	21	16	7	22	11	5
Total	1.343	1.329	847	502	1.547	1.397	1.508	1.835	1.838	1.684	1.821	1.516	1.423

Pequenos procedimentos ambulatoriais	Meta mensal	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Meta mensal (1º Aditivo)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Meta anual	Total realizado	Eficácia anual
Retirada de fio ou pino intraósseo	11	8	8	9	40	9	14	9	9	14	25	21	15	12	6	480	174	36,25%
Redução incruenta de fratura diafisária / lesão fisária distal da tíbia	0	1	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Redução incruenta de luxação ou fratura / luxação no punho	2	0	0	0		0	2	0	0	0	0	0	0	0	0			
Redução incruenta de fratura diafisária dos ossos do antebraço	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			

gustavo



Raio-x	30	1	10	2	N/A	5	0	2	4	8	8	7	1	4	6		58	
SADT Externo (Ofertados)	Meta mensal	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Meta mensal (1º Aditivo)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Meta anual	Total realizado	Eficácia anual
Colangiopancreatografia Retrograda Endoscópica - CPRE	15	15	15	12	3	3	15	15	15	15	15	15	15	15	15		180	
Tomografia Computadorizada	50	88	88	57	50	31	88	88	88	130	130	130	130	120	70		1.238	
Eletrocardiograma	20	32	32	21	N/A	11	32	32	32	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		192	
Raio X	30	88	88	57	N/A	31	88	88	88	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		528	
Total	115	223	223	147	53	76	223	223	223	145	145	145	145	135	85	0	2.138	0

Leito-dia	Meta mensal	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Meta mensal (1º Aditivo)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Meta anual	Total realizado	Eficácia anual
Leito-dia	88	115	89	66	88	44	86	90	82	108	95	95	95	85	111	1.056	1.161	109,94%

SADT INTERNO	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Agência Transfusional	229	251	130	34	202	184	390	227	149	207	198	234	200
Análises Clínicas	13293	12.035	8.823	4.727	13.927	14.227	14.313	14.531	14.494	13.226	15.220	14.950	15.163
Anatomia Patológica	84	88	56	38	110	109	85	74	102	76	93	91	77
CPRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecocardiograma	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0

gab.

Eletrocardiograma	31	28	16	10	33	25	176	281	353	333	378	393	366
Eletroencefalograma	6	3	1	0	3	2	0	4	2	2	5	7	8
Endoscopia Digestiva	4	2	3	0	8	5	5	3	5	5	4	3	5
Hemodiálise	75	66	41	29	51	48	74	75	45	32	88	57	60
Raio X	483	371	288	127	505	520	1.472	1.570	1.686	1.642	1.770	1.651	1.644
Tomografia computadorizada	207	165	108	62	215	236	892	886	811	861	885	870	774
Ultrassonografia	7	17	11	8	11	13	59	58	41	43	60	60	58
Fisioterapia	6409	4.992	3.763	2.135	6.222	6.301	6.119	6.543	6.752	5.539	6.050	5.807	6.150
Fonoaudiologia	1722	1.039	650	0	233	1.569	1.197	742	1.189	1.508	1.207	1.043	771
Psicologia	2678	2.423	1.158	1.572	2.813	2.677	2.821	2.765	2.828	1.849	2.149	2.042	1.435

Terapia Ocupacional		347	545	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		25.576	22.026	15.049	8.742	24.333	25.916	27.603	27.759	28.458	25.323	28.109	27.210	26.711
Atendimento de Urgência e Emergência	Meta mensal	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Demanda Espontânea	atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.	137	184	249	91	126	113	81	83	78	103	99	94	94
Regulados		357	315	136	32	188	281	316	294	381	342	373	355	376
Total		494	499	385	123	314	394	397	377	459	445	472	449	470
Especialidades médicas na porta de entrada	Meta mensal	Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Buco-maxilo	Atender 100% da demanda	2	1	2	1	4	2	0	0	1	0	0	2	1



Cirurgia Geral	63	49	35	12	20	35	44	37	63	48	61	69	57
	276	310	251	72	185	258	227	206	256	271	282	252	262
	128	115	81	33	79	85	101	106	131	126	126	123	147
	23	13	9	2	21	11	22	27	7	0	3	2	3
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	1	8	5	3	4	3	2	0	0	0	0	0	0
	1	3	2	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0
	494	499	385	123	314	394	397	377	459	445	472	449	470
Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco													
Jan	Fev	Mar (até dia 20)	Mar (21 a 31)	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	

Vermelho	33	13	13	6	16	16	9	14	15	16	15	18	20
Laranja	111	47	40	22	71	61	75	68	60	69	73	71	71
Amarelo	336	242	146	80	226	316	303	297	374	351	378	352	375
Verde	13	60	93	51	112	90	59	44	25	30	2	1	0
Azul	376	242	98	54	133	148	174	163	98	102	128	4	2
TOTAL	869	604	390	213	558	631	620	586	572	568	596	446	468

gelo.

Q

Indicadores de Desempenho 2025

Indicadores de Desempenho	Meta Mensal	REALIZADA			Meta Mensal	REALIZADA											
		Jan	Fev	Mar		Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez			
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %	92,80%	89,23%	93,82%	≥ 90%	94,47%	93,38%	93,53%	92,70%	94,52%	90%	85,52%	87,42%	89,68%			
Total de Pacientes-dia		2.268	1.914	2.215		2.151	2.200	2.196	2.285	2.379	2.080	2.067	2.106	2.085			
Total de leitos operacionais-dia do período		2.444	2.145	2.361		2.277	2.356	2.348	2.465	2.517	2.319	2.417	2.409	2.325			
Média de Permanência Hospitalar	≤ 5 dias	5,53	4,28	4,79	≤ 5 dias	4,87	5,00	5,19	4,95	5,19	4,46	4,32	4,56	4,25			

Total de Pacientes-dia		2.268	1.914	2.215		2.151	2.200	2.196	2.285	2.379	2.080	2.067	2.106	2.085
Total de saídas no período		410	447	462		442	440	423	462	458	466	478	462	491
Índice de Intervalo de Substituição (informado em dias)	≤21	0,43	0,52	0,32	≤ 21	0,29	0,35	0,36	0,39	0,30	0,51	0,73	0,66	0,49
Taxa de Ocupação Hospitalar		92,80%	89,23%	93,82%		94,47%	93,38%	93,53%	92,70%	94,52%	89,69%	85,52%	87,42%	89,68%
Média de Permanência Hospitalar		5,53	4,28	4,79		4,87	5,00	5,19	4,95	5,19	4,46	4,32	4,56	4,25
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	<8%	0,98%	0,66%	1,03%	< 8%	0,46%	0,46%	0,87%	0,64%	0,63%	0,65%	1,05%	1,07%	0,84%

Nº de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar		4	3	5		2	2	4	3	3	3	3	5		4	5	4
Nº total de atendimentos		410	452	485		435	432	460	467	480	460	474	467		478	467	478
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	<5%	1,41%	0,00%	2,60%	< 5%	3,66%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,08%	0,00%	0,00%		0,00%	0,00%	0,00%
Nº de retornos em até 48 horas		1	0	2		3	0	0	0	0	1	0	0		0	0	0
Nº de saídas da UTI, por alta		71	73	77		82	78	82	99	82	93	89	100		117	100	117




Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 7%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total de procedimentos rejeitados no SIH		0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1		
Total de procedimentos apresentados no SIH		478	474	511	485	467	554	532	486	512	494	440		
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais	≤ 5%	1,95%	0,00%	1,27%	0,97%	1,44%	0,99%	0,00%	0,97%	0,94%	1,51%	0,00%		
Nº de cirurgias eletivas suspensas		3	0	3	2	3	2	0	2	2	3	0		
Nº de cirurgias eletivas (mapa cirúrgico)		154	190	237	207	208	203	208	206	213	199	205		




Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano	≤ 50%	0,00%	3,42%	44,44%	< 50%	45,95%	28,57%	5,88%	3,57%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,07%
Nº de cirurgias realizadas com TMAT expirado		0	4	40		34	8	4	1	0	0	0	0	7
Nº de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade		207	117	90		74	28	68	28	43	51	36	73	58
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓)	≤ 25%	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-

[illegible]

Yuk

Nº de consultas propostas na meta da unidade		1.700	1.700	1.700	1.700	N/A	1.700	N/A	-	-	-	-	-	-
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%	93,14%	99,46%	100,00%	≥ 70%	99,81%	99,50%	99,64%	99,14%	99,31%	99,05%	99,39%	99,06%	98,35%
Nº de exames de Imagem entregues em até 10 dias		2.199	1.854	2.112		2.106	2.609	2.509	2.643	2.583	2.718	2.756	2.647	2.617
total de exames de imagem realizados no período multiplicado		2.361	1.864	2.112		2.110	2.622	2.518	2.666	2.601	2.744	2.773	2.672	2.661
%de Casos de Doenças/ Agravos/ Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente- até 7 dias	≥ 80%	100,00%	100,00%	100,00%	≥ 80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



N° total de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno- 7 dias	46	45	33		49	53	43	24	47	44	37	35	36
N° de casos de DAEI digitadas (no período/mês)	46	45	33		49	53	43	24	47	44	37	35	36
Percentual de Casos de Doenças/ Agravos/ Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI)	100,00%	100,00%	100,00%	≥ 80%	#DIV/0!	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Investigadas Oportunamente- até 24 horas da data da notificação													
N° total de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno- até 48 horas da data da notificação	8	5	9		0	5	5	1	5	3	2	9	5

N° de casos de DAEI notificados	8	5	9		0	5	5	1	5	3	2	9	5	
Percentual de Perda de Medicamentos por Prazo de Validade Expirado	2,00%	0,08%	0,13%	0,02%	≤ 1%	0,00%	0,01%	0,35%	0,02%	0,30%	0,01%	0,27%	0,44%	0,45%
Valor Financeiro da Perda do Segmento Padronizado por Validade Expirada no Hospital	387,41	493,09	45,25		5,25	25,00	1.435,90	116,94	1.493,30	60,32	1.310,03	2.379,79	2.378,99	
Valor Financeiro Inventariado na CAF no período x 100	479.157,44	385.273,37	298.545,77		268.406,23	336.342,62	406.493,23	542.699,98	503.444,32	528.575,17	481.460,91	540.328,36	530.350,66	




Taxa de acurácia do estoque		-	-	97,78%	≥ 95%	97,78%	97,78%	99,27%	99,27%	99,27%	98,87%	98,87%	98,87%	98,87%	98,87%	99,65%
Quantitativo de itens de medicamentos em conformidade no estoque (ao comparar físico e sistema)		-	-	121.752		121.752	121.752	144.328	144.328	144.328	150.979	150.979	150.979	150.979	156.634	
Quantidade total de itens em estoque		-	-	122.378		122.378	122.378	145.388	145.388	145.388	152.706	152.706	152.706	152.706	157.183	
Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas		-	-	50,72%	≥ 85%	100,00%	100,00%	100,00%	88,89%	90,63%	93,48%	100,00%	80,00%	100,00%		




Número de intervenções aceitas		-	-	141		33	20	16	16	29	43	7	4	6
Número absoluto de intervenções registradas que requer aceitação		-	-	278		33	20	16	18	32	46	7	5	6

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

A execução dos programas e planos de trabalho pactuados no Termo de Colaboração nº 101/2024 e em seu 1º Aditivo ocorreu de forma sistemática e em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), visando ao cumprimento das metas de produção e desempenho previstas para o ano de 2025.

As ações foram desenvolvidas com envolvimento das equipes multiprofissionais e dos setores responsáveis, utilizando protocolos institucionais e com a correta aplicação dos recursos humanos, materiais e financeiros.

O acompanhamento das atividades foi realizado por meio de indicadores e relatórios gerenciais, permitindo a análise periódica dos resultados alcançados.

As metas estabelecidas pela Secretaria foram monitoradas continuamente, possibilitando a identificação de desvios e a adoção de medidas corretivas tempestivas, quando necessárias.

Os resultados obtidos demonstraram evolução satisfatória dos indicadores assistenciais e gerenciais, com impacto positivo na organização dos processos de trabalho, na eficiência operacional e na qualidade do atendimento prestado à população.

Como evidências da execução, mensalmente foram enviados relatórios via SIGUS e publicados os Relatórios Gerenciais e de Atividades no Portal da Transparência.

Dessa forma, conclui-se que a execução dos programas e planos de trabalho ocorreu em consonância com o Termo de Colaboração e seu Aditivo firmado, atendendo aos princípios da legalidade, eficiência, economicidade, transparência e qualidade na gestão dos serviços de saúde, conforme as diretrizes e normativas da SES/GO.

O não cumprimento da meta de saídas pediátricas nos três primeiros meses de 2025 decorreu, da inexistência de demanda assistencial compatível com o perfil pediátrico previsto contratualmente.

Ressalta-se que o acesso dos pacientes à unidade ocorria via Complexo Regulador, não havendo demanda espontânea para este perfil. Assim, com baixa quantidade de autorizações e encaminhamentos pediátricos, houve impacto diretamente no volume de internações e, conseqüentemente, no número de saídas hospitalares previstas em meta. Diante desse cenário, e após análise técnica conjunta de setores da SES/GO como: Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS),



Complexo Regulador, Monitoramento de Contratos e outros, concluiu-se que a manutenção de leitos pediátricos não atendia às necessidades reais da unidade.

Em razão disso, a Secretaria de Estado da Saúde, celebrou com IPGSE um novo termo aditivo contratual, com início de vigência em 21 de Março de 2025, formalizando a retirada dos 08 leitos pediátricos do hospital e incluindo 04 leitos de clínica médica adulto, passando a atender um perfil assistencial com maior demanda reprimida, promovendo melhor aproveitamento da capacidade instalada, otimização dos recursos e maior aderência às necessidades assistenciais regionais.

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. 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, consequentemente, na qualidade do atendimento oferecido.

Em 2025, apenas em dezembro o resultado ultrapassou o limite aceitável pois houve descarte de materiais adquiridos 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.



Diagrama Padrão

Organização: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Data: 07/01/2026
Página: 1

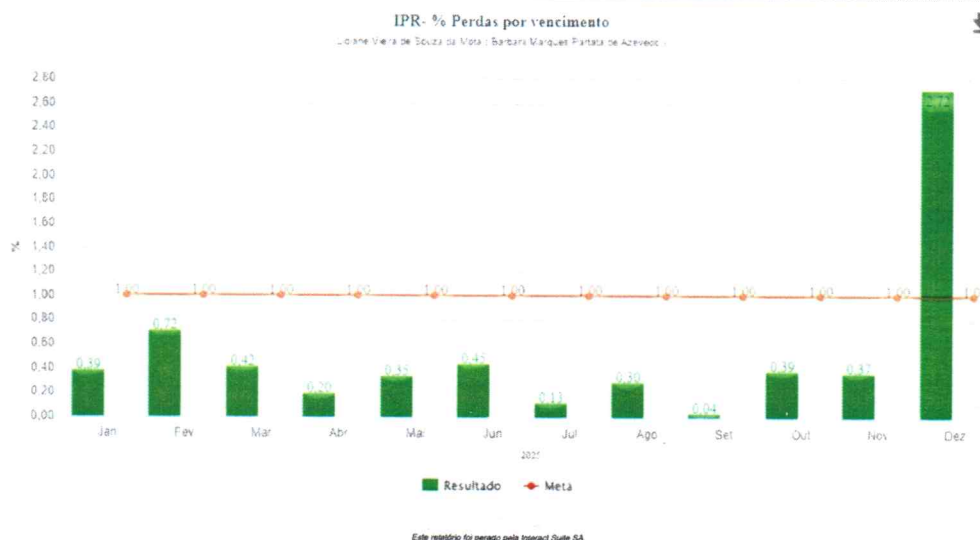


Gráfico 2 - % Perdas por Vencimento

O HERSO possui serviço de farmácia clínica com regime de atuação 24 horas/dia. Os farmacêuticos realizam avaliação das prescrições que 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 da **% de Efetividade das Intervenções** garante segurança ao paciente, qualidade nos atendimentos, promove o uso racional de medicamentos, bem como a redução de custos. Em 2025, este indicador apresentou oportunidades de

Yub

[Assinatura]

melhoria no primeiro trimestre e após ações da equipe de Farmacêuticos e do Diretor Técnico, foi classificado como ótimo, uma vez que atingiu resultado acima da meta proposta de Abril a Dezembro.



Diagrama Padrão

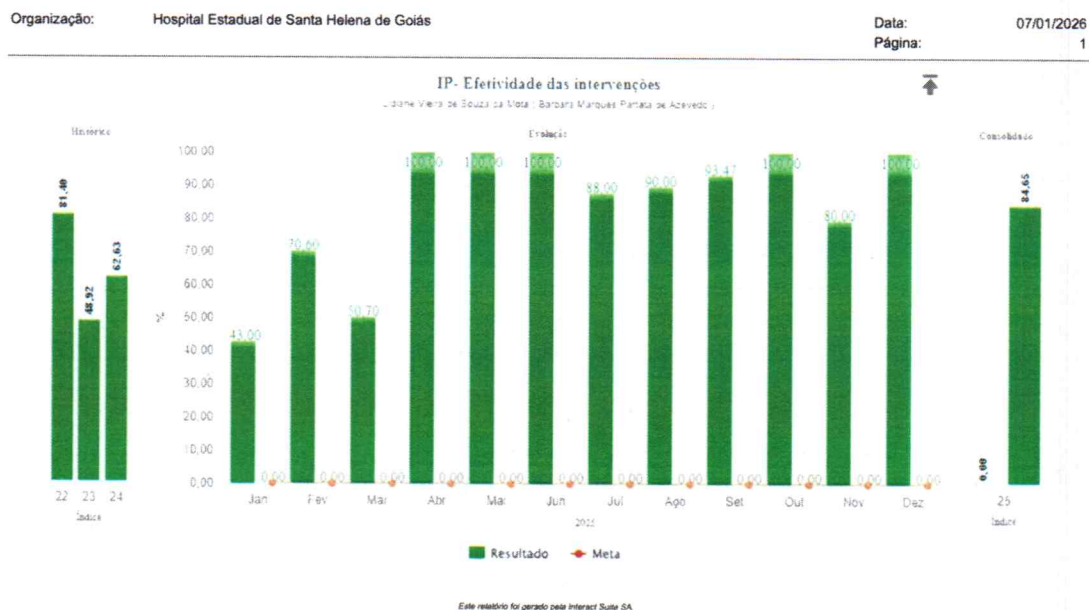


Gráfico 5 – Efetividade das Intervenções

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.

Handwritten signature and initials in blue ink.

Diagrama Padrão

Organização: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Data: 07/01/2026
Página: 1

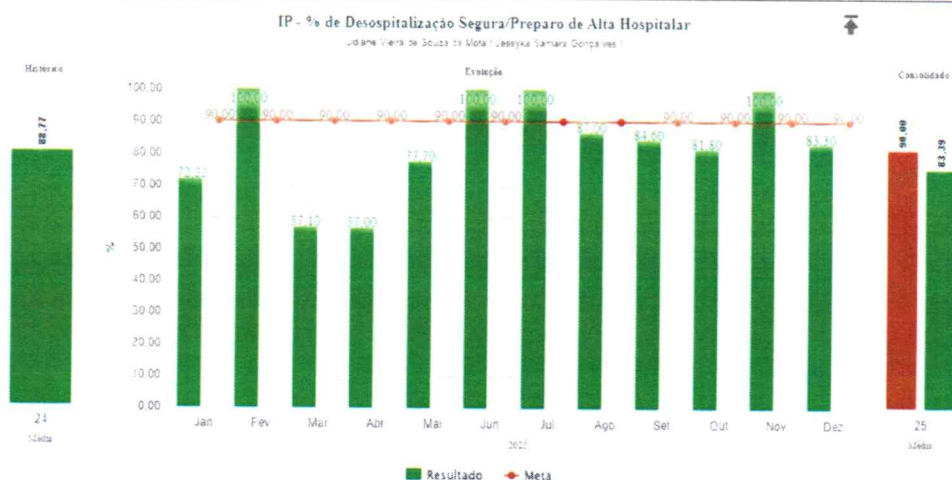


Gráfico 6 - % de Desospitalização Segura/Preparo de Alta Hospitalar

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, consequentemente, 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 2025, estes indicadores apresentaram resultado positivo, reforçando o compromisso da unidade com a qualidade e segurança do paciente.

Handwritten signature

Handwritten signature

Diagrama Padrão

Organização: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Data: 07/01/2026

Página: 1

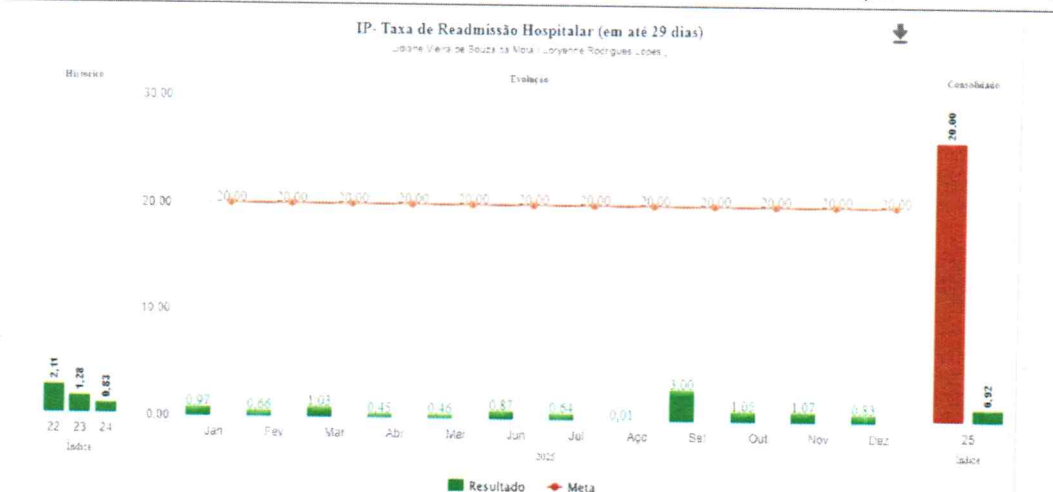
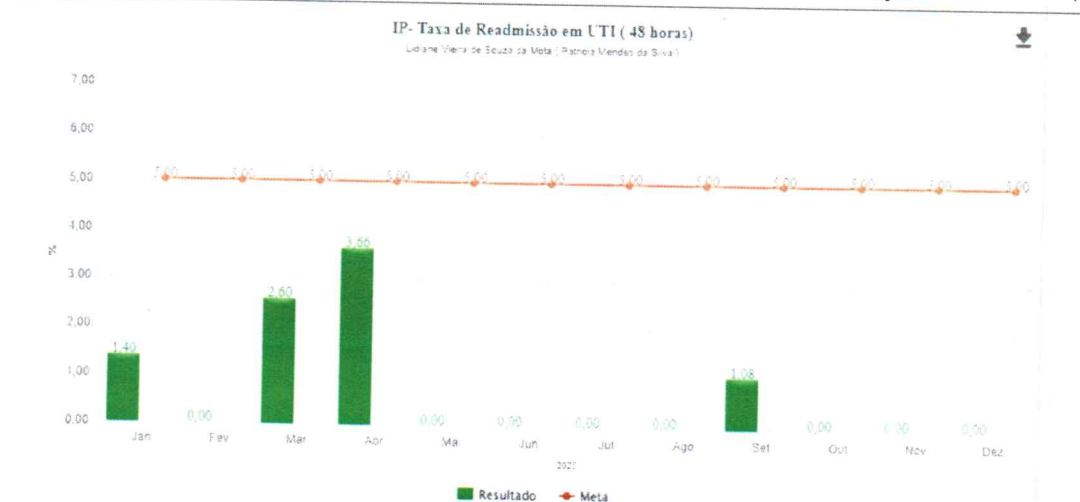


Diagrama Padrão

Organização: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Data: 07/01/2026

Página: 1



Assinatura

Assinatura

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 2025 demonstram a qualidade dos serviços prestados.

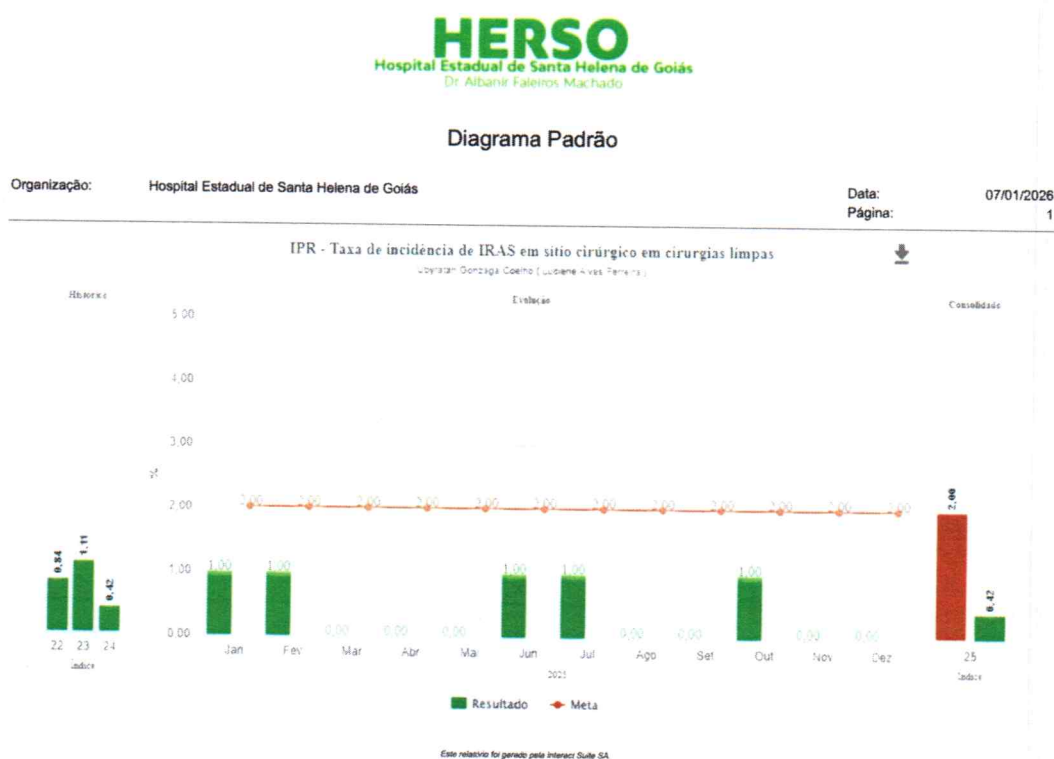


Gráfico 3 – Taxa de Incidência de IRAS em sítio cirúrgico em cirurgias limpas

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 2025 apresentou desempenho similar aos dados publicados pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp).

Handwritten signature

Handwritten signature

Diagrama Padrão

Organização: Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás

Data: 07/01/2026
Página: 1

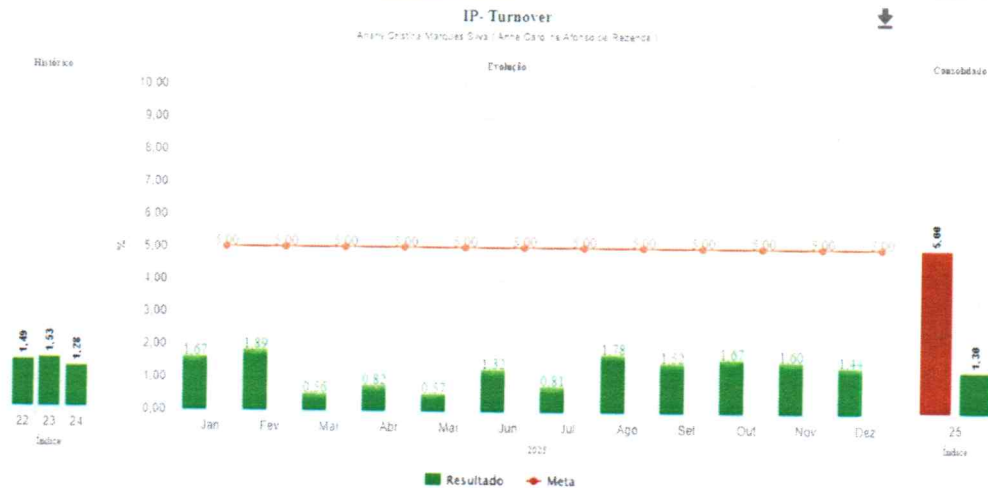


Gráfico 10 - Turnover

As UTIs da unidade são acompanhadas continuamente por meio do sistema EPIMED, que permite o monitoramento sistemático dos principais indicadores assistenciais. Nesse contexto, observou-se melhora progressiva nos indicadores de desempenho, com destaque para a **redução da taxa de mortalidade** e a **diminuição da duração média de internação na UTI**. Esses resultados refletem o aprimoramento dos processos assistenciais, a maior adesão a protocolos clínicos baseados em evidências, o fortalecimento da atuação multiprofissional e o uso estratégico dos dados para tomada de decisão. O acompanhamento contínuo pelo EPIMED possibilitou a análise crítica dos desfechos, a identificação oportuna de oportunidades de melhoria e a implementação de ações voltadas à segurança do paciente e à eficiência assistencial.

Handwritten signature

Handwritten signature

Modelo Epimed de Predição de Mortalidade - Taxa de mortalidade padronizada (TMP)



Mortalidade hospitalar (%)

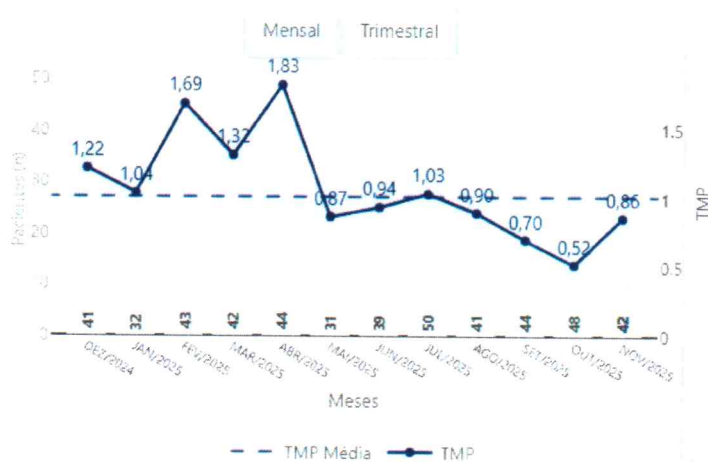
26,96

Mortalidade predita (%)

26,62

Taxa de mortalidade padronizada (TMP) ⓘ

1,02
(0,85-1,21)



Modelo Epimed de Predição de Duração de Internação na UTI - Taxa de duração de internação na UTI padronizada (TDIP)

Internação na UTI observada (truncada em 21 dias) (dias, média) ⓘ

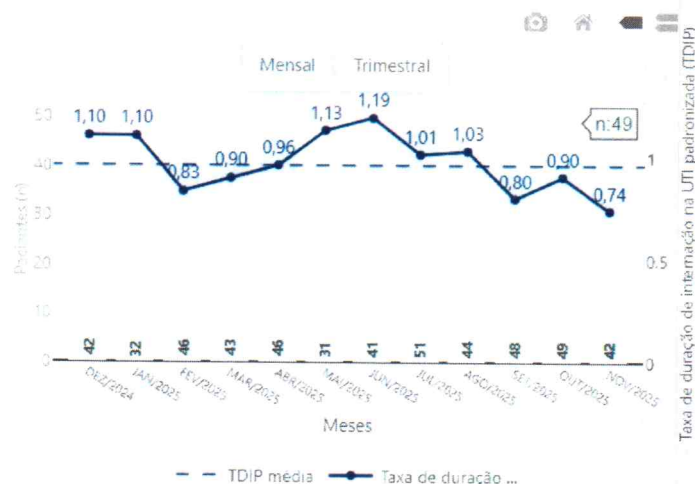
5,8

Internação na UTI esperada (dias, média)

6,1

Taxa de duração de internação na UTI padronizada (TDIP) (IC 95%) ⓘ

0,96
(0,89-1,03)



4860

Modelo Epimed de Predição de Duração de Internação na UTI - Taxa de duração de internação na UTI padronizada (TDIP)

Internação na UTI observada
(truncada em 21 dias) (dias, média) ⓘ

5,4

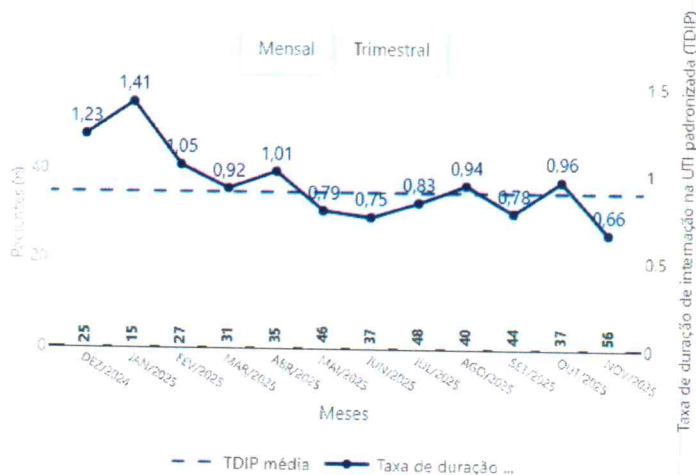
Internação na UTI esperada
(dias, média)

6,1

Taxa de duração de internação na UTI padronizada (TDIP) (IC 95%) ⓘ

0,89

(0,82-0,96)



Modelo Epimed de Predição de Mortalidade - Taxa de mortalidade padronizada (TMP)

Mortalidade hospitalar (%)

24,01

Mortalidade predita (%)

25,40

Taxa de mortalidade padronizada (TMP) ⓘ

0,95

(0,77-1,15)

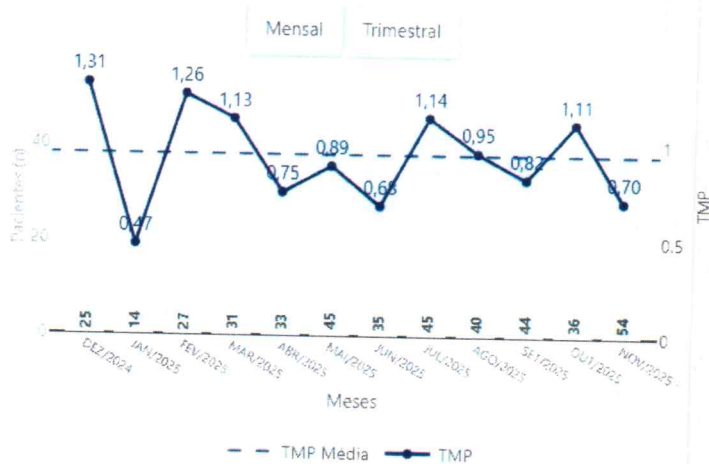


Gráfico 11 – Indicadores UTI 1 e 2 / Fonte: EPIMED

Handwritten signature and initials.

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

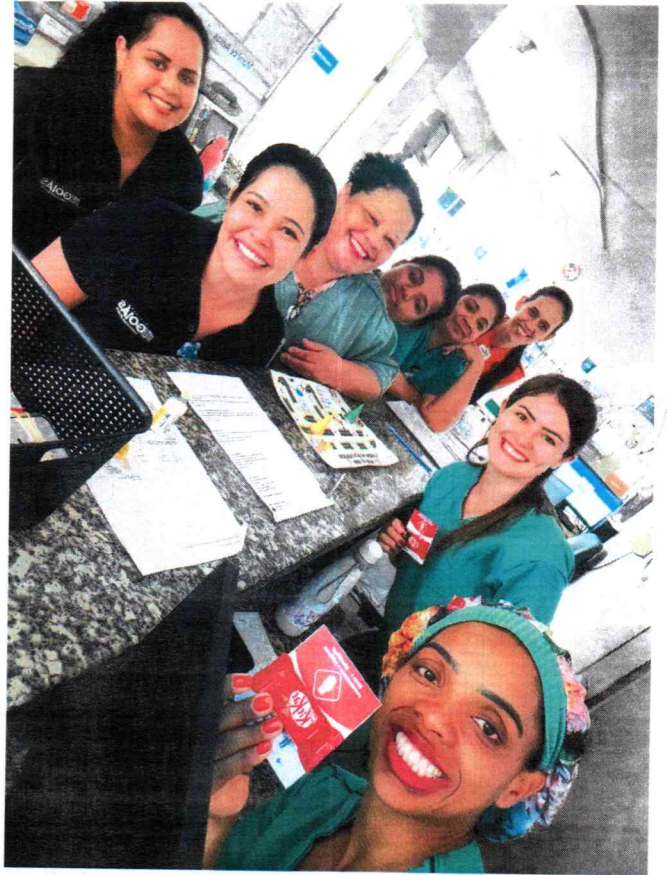
Não houve disfunção estrutural no ano de 2025 que causou prejuízo ou inviabilizou o alcance das metas contratuais.

13. AÇÕES REALIZADAS

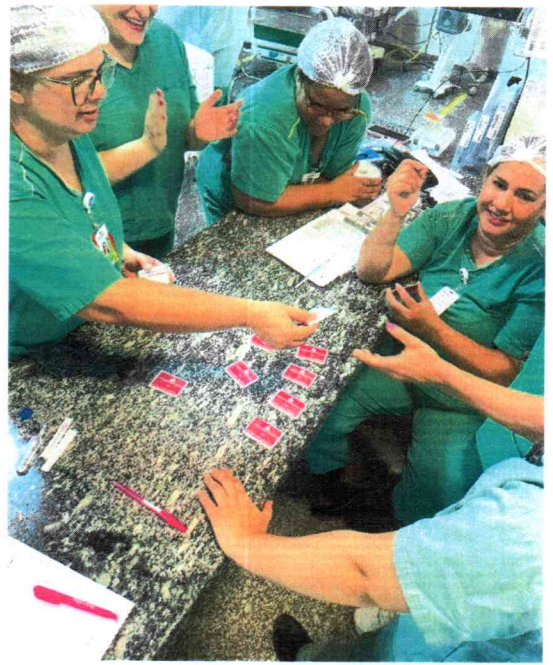
Ao longo do ano, são desenvolvidos treinamentos e realizadas ações voltadas à valorização de datas comemorativas, bem como à promoção do bem-estar de pacientes e colaboradores. A seguir, apresenta-se uma amostra dos registros das ações executadas no ano de 2025.

TREINAMENTOS

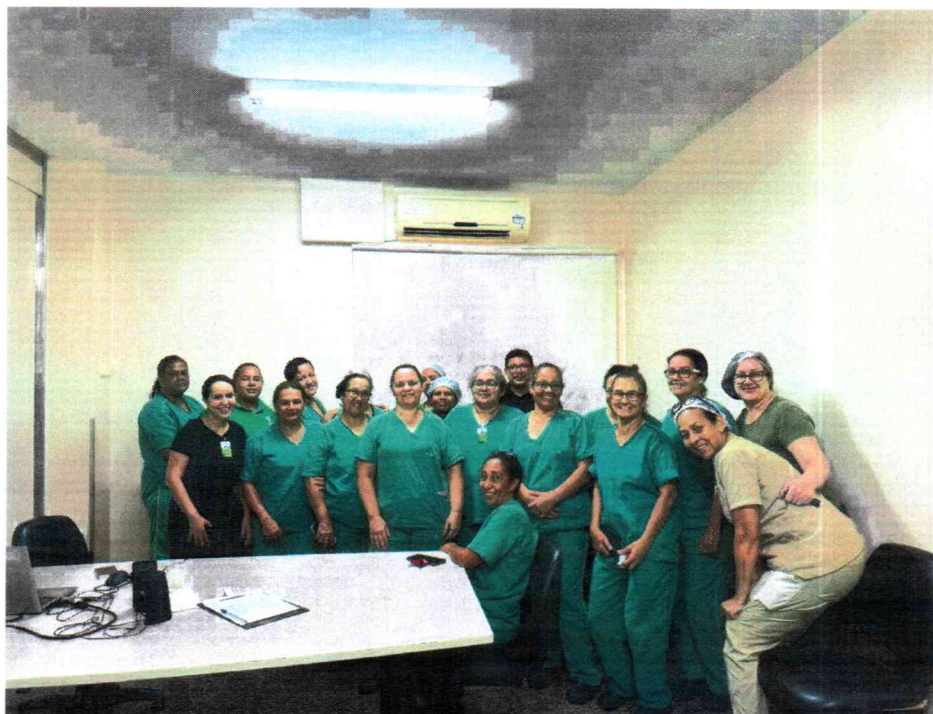




4



Yub. 8



JANEIRO BRANCO



✓
J. V. G. B.
J.

DIA DA MULHER

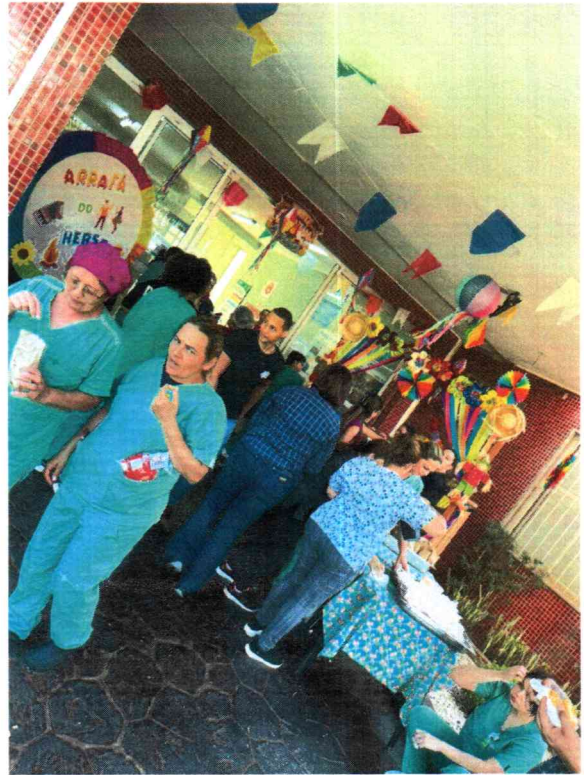


DIA MUNDIAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE



Handwritten signature in blue ink.

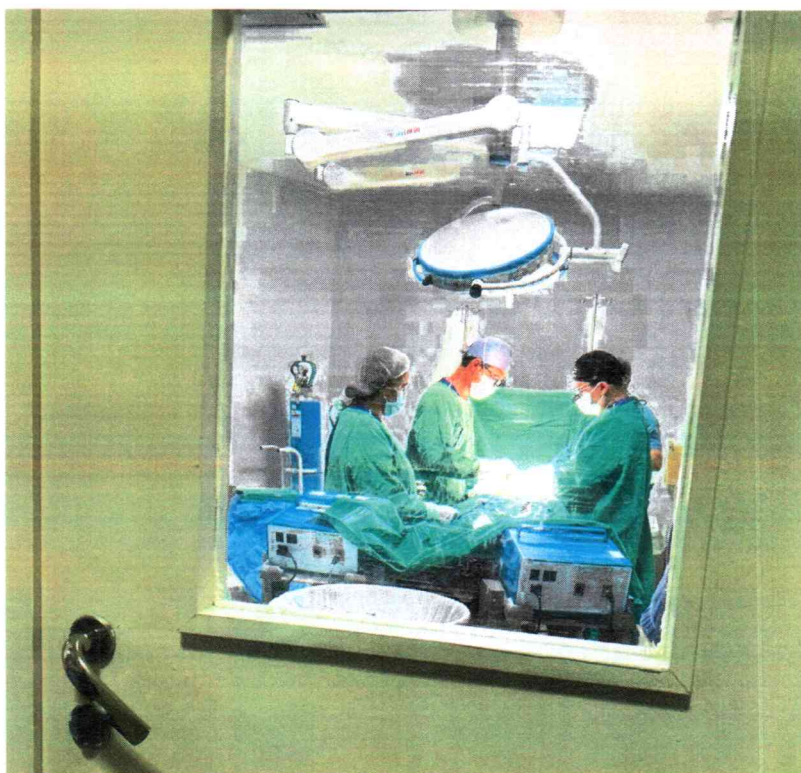
FESTA JUNINA



CAPTAÇÕES DE ÓRGÃOS



J. G. G. G.



ANIVERSÁRIO DO HERSO



18/8
D.

SETEMBRO AMARELO



CORRIDA PELA VIDA – CAMPANHA SETEMBRO VERD



Y.B.
S.

OUTUBRO ROSA



NOVEMBRO AZUL



18/10.
D

VISITAS DA ONG PRONTO SORRISO



MISSA



lgk

VISITAS TÉCNICAS DOS PROJETOS: PROADI SUS E PROGRAMA INTEGRAÇÃO HOSPITALAR EM REDE



lgk.

PRÊMIO OURO NO PROGRAMA DE TRANSPARÊNCIA



CERTIFICADO DE ALTA CONFORMIDADE NA AVALIAÇÃO NACIONAL DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE



yk
Ji

LEMBRANCINHAS DE NATAL



14. RECONHECIMENTOS

No dia 06 de janeiro de 2026 foi divulgado resultado de um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross), em parceria com a OPAS/OMS, Instituto Ética Saúde (IES), Conass e Conasems, que avalia a qualidade da assistência e a gestão no SUS, em que o HERSO está entre os 100 melhores Hospitais Públicos do Brasil. O Estado de Goiás ficou em segundo lugar no ranking com 10 unidades. Goiás se destaca no cenário nacional, concentrando 10% dos hospitais finalistas, ficando atrás apenas de São Paulo - um resultado que reforça o papel do HERSO como referência em assistência hospitalar pública e gestão eficiente.

Em janeiro de 2026, o laboratório de análises clínicas e anatomia patológica do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO), unidade do

Handwritten signature and initials in blue ink.

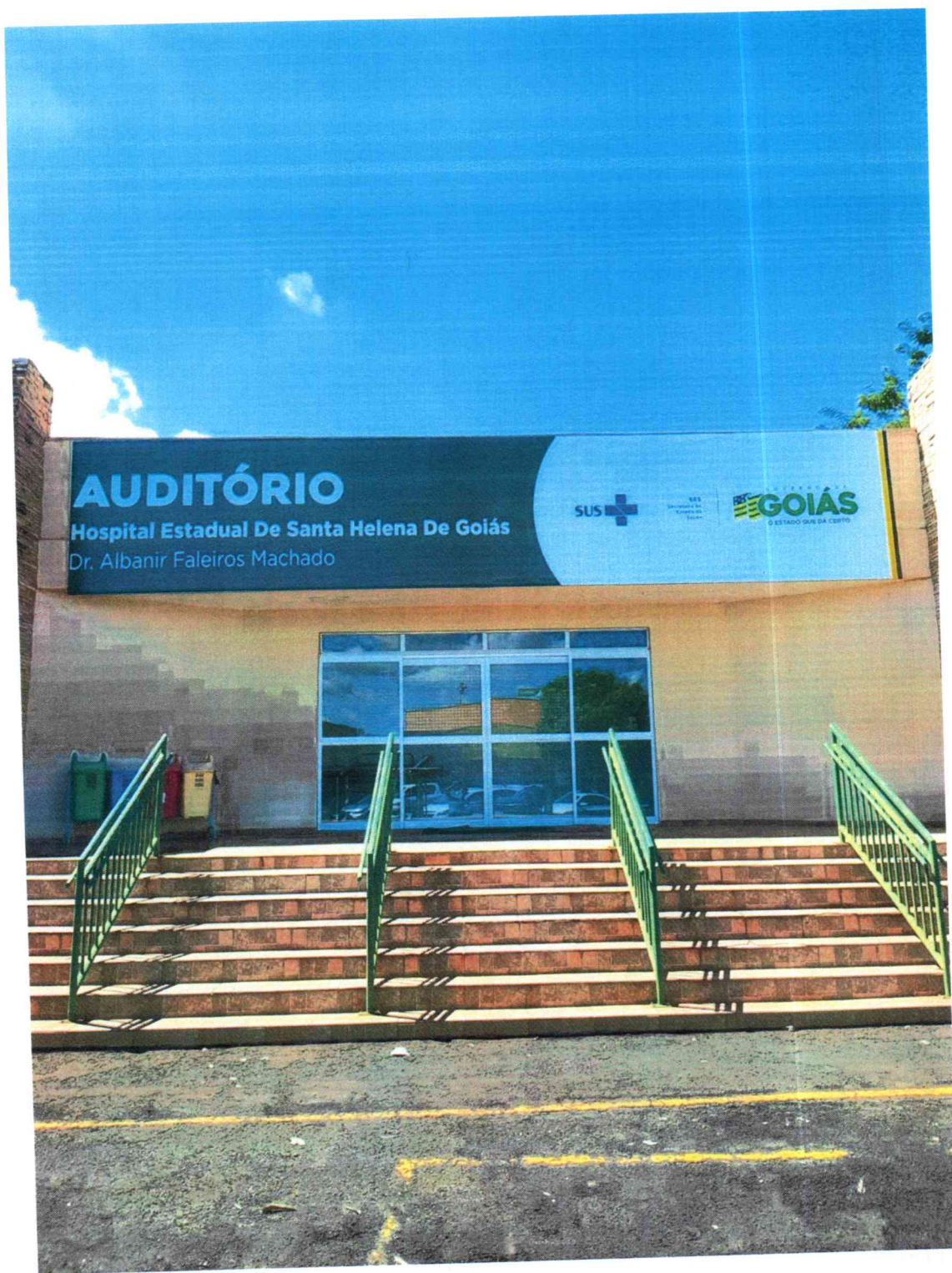
Governo do Estado de Goiás, recebeu a chancela de excelência, pelo terceiro ano consecutivo, através da certificação do Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ), que ocorreu após o laboratório atingir média anual maior que 92,5% na avaliação do Controle Externo realizada em 2025, ferramenta importante para demonstrar a eficiência da fase analítica de seus processos.

15. MELHORIAS

INSTALAÇÃO DAS FACHADAS



[Handwritten signature]

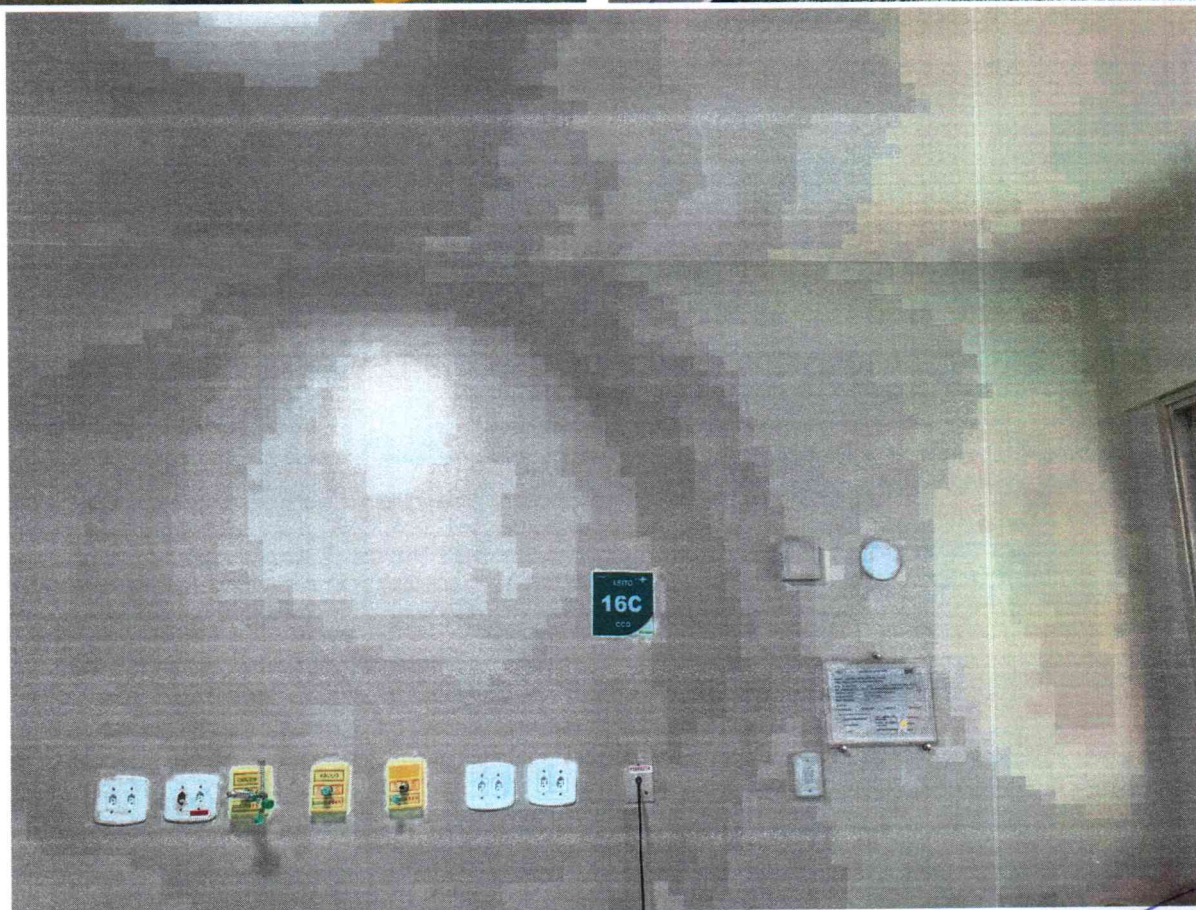


Handwritten signature in blue ink, possibly reading "J. L. Faleiros".

PINTURA DO BLOCO DA CLÍNICA ORTOPÉDICA

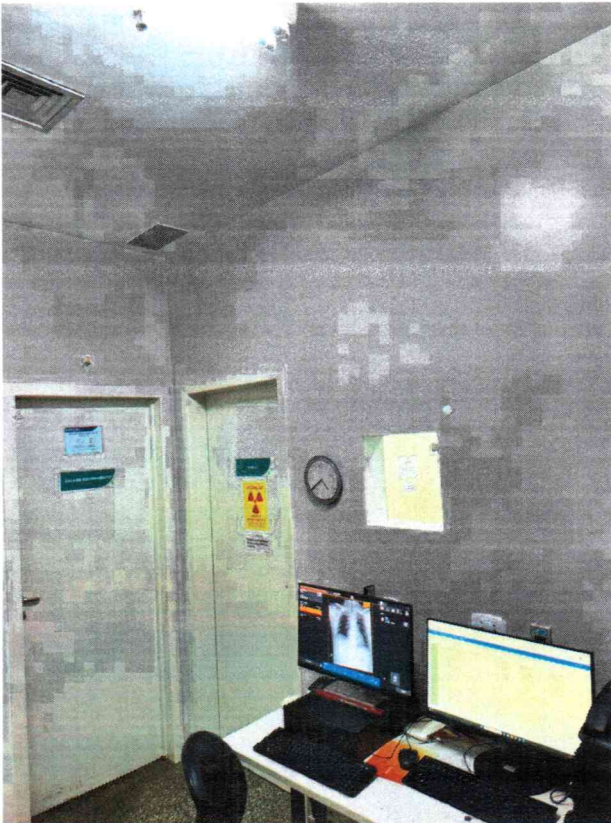


Di. gfo.



Handwritten signature and initials in blue ink.

PINTURA BLOCO A



Diário

PINTURA LAVANDERIA



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.

[Handwritten signature]



486.
Z.



igk
S.



Ygk

00:



Handwritten signature in blue ink.



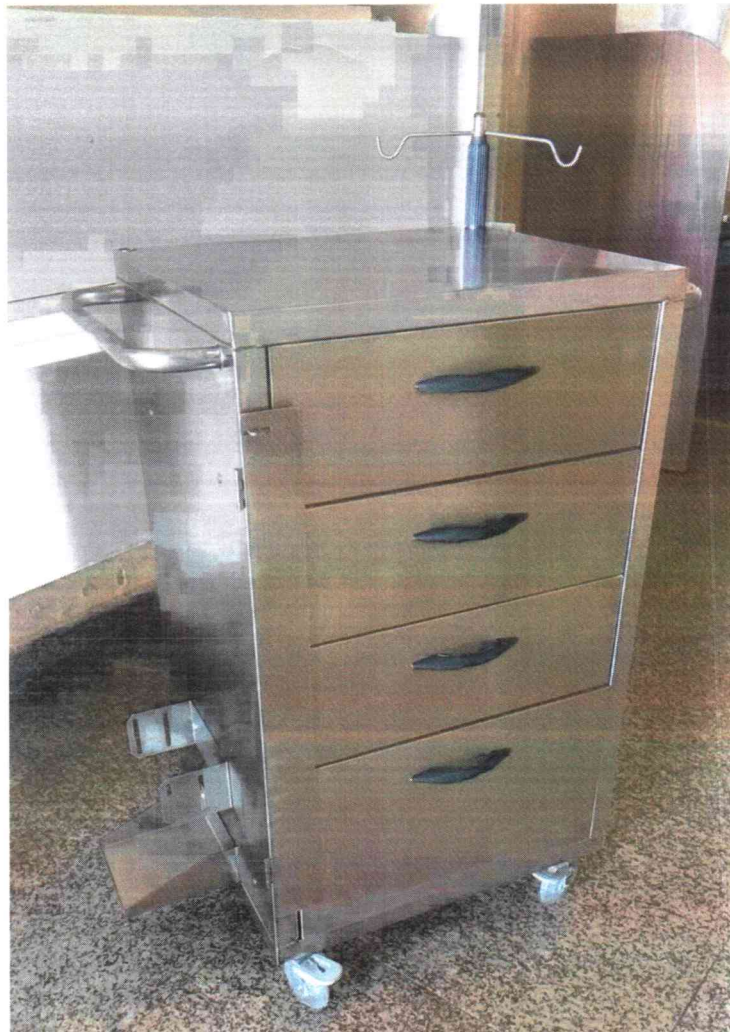
DB: 18/6



2. 18b




yk



Dr. Yf

Registra-se neste documento os relatos das ações, aquisições, melhorias, reconhecimentos e atividades desenvolvidas no período de janeiro a dezembro de 2025 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 Termo de Colaboração 101/2024 – SES e 1º Termo Aditivo.


UBYRATAN GONZAGA COELHO
DIRETOR GERAL E TÉCNICO


ALUISIO PARMEZANI PANCRACIO
DIRETOR PRESIDENTE

Rio Verde – GO, 06 de janeiro de 2026.