

Relatório Mensal

PRODUÇÃO E DESEMPENHO

Abril /2025



01



Missão

Garantir cuidado humanizado, seguro e de qualidade para crianças e adolescentes, proporcionando a excelência na experiência do paciente e contribuindo com o ensino e pesquisa.

02



Visão

Ser reconhecido nacionalmente como referência em atenção pediátrica humanizada qualificada e segura de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde.

03



Valores

- Compromisso com a Qualidade
- Cuidado Humanizado
- Colaboração e Trabalho em Equipe
- Transparência e Comunicação Eficaz
- Eficiência e Inovação
- Responsabilidade Social e Ambiental

04



Propósito

Cuidar de vidas.

AGIR

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Carlos André Pereira Nunes	Paulo Afonso Ferreira
Cyro Miranda Gifford Júnior	Rubens José Fileti
Edson Costa Araújo	Wagner de Oliveira Reis
Marco Aurelio Martins da Silva	

CONSELHO FISCAL

César Helou	Pedro Daniel Bittar
Fernando Moraes Pinheiro	Salomão Rodrigues Filho
Milca Severino Pereira	Waldemar Naves do Amaral

DIRETORIA

Washington Cruz - Diretor Presidente
José Evaristo dos Santos – Vice-Diretor
Mauro Aparecido de Oliveira – Diretor Tesoureiro

SUPERINTENDÊNCIAS

Sérgio Daher - Superintendente de Relações Institucionais
Lucas Paula da Silva - Superintendente Executivo
Claudemiro Euzébio Dourado - Superintendente de Controle Interno
Dante Garcia de Paula - Superintendente de Gestão e Planejamento
Guillermo Sócrates Pinheiro de Lemos - Superintendente Técnico e Assistencial

DIRETORIA DO HECAD

Divino Ronny Rezende Júnior – Diretor Geral
Flávia Godoy Castelo Branco de Aragão Corrêa – Diretora Técnica

Sumário

1 APRESENTAÇÃO	10
2 IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DA UNIDADE	10
3 CENSO DE ORIGEM DOS PACIENTES	11
4 INDICADORES ESTATÍSTICOS	11
4.1 INDICADORES QUANTITATIVOS – PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	12
4.1.1 Internação (Saídas Hospitalares)	12
4.1.2 Cirurgias Programadas.....	13
4.1.3 Atendimento Ambulatorial	14
4.1.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT (Externo)	
.....	17
4.1.5 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT (Interno)	19
4.1.6 Indicadores do Serviço de Farmácia	19
4.1.7 Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco	20
4.2 Indicadores de desempenho.....	21
4.2.1 Taxa de Ocupação Hospitalar	21
4.2.2 Média de Permanência Hospitalar (dia)	22
4.2.3 Índice de Intervalo de Substituição (horas)	23
4.2.4 Taxa de Readmissão em UTI (48 horas).....	24
4.2.5 Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)	25
4.2.6 Percentual de Ocorrências de Glosas no SIH	26
4.2.7 Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por	
Condições Operacionais	27
4.2.8 Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado	
em até 10 dias	28

4.2.9 Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano 28

4.2.10 Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano 29

Nota Explicativa: parâmetro do Indicador não foi disponibilizado para o cálculo..... 30

4.2.11 Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias 30

4.2.12 Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente -até 48 horas da data da notificação 31

4.2.13 Taxa de acurácia do estoque 32

4.2.14 Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos 33

4.2.15 Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas 34

5 EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRABALHO PROPOSTOS PELA OS **35**

5.1 Produção Assistencial **35**

5.1.1 Análise Crítica dos Indicadores de Produção 36

5.2 Indicadores de Desempenho **36**

5.2.1 Análise Crítica dos Indicadores de Desempenho: 37

6 INDICADORES DE GESTÃO **39**

6.1 Economicidade – Financeiro/Contábil **39**

6.1.1 Índice de Eficiência Financeira 39

6.1.2 Índice Contábil 39

6.2 Pesquisa de Satisfação – Metodologia *Net Promoter Score* (NPS) **40**

6.2.1 Pesquisa de satisfação – NPS – Ambulatório 40

6.2.2 Pesquisa de satisfação – NPS – Internações.....	41
6.2.3 Pesquisa de satisfação – NPS – Geral.....	41
6.3 Taxa de Absenteísmo dos Colaboradores.....	42
7 MEDIDAS IMPLEMENTADAS.....	42
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
9 ANEXOS	44

Gráficos

Gráfico 1 - Internações (Saídas Hospitalares) – Abril/2025	12
Gráfico 2 - Cirurgias Eletivas – Abril/2025	13
Gráfico 3 - Atendimentos Ambulatoriais – Abril/2025.....	14
Gráfico 4 - Consultas Médicas na Atenção Especializada – Abril/2025...	15
Gráfico 5 – Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais – Abril/2025.....	17
Gráfico 6 – Taxa de Ocupação Hospitalar Global – Abril/2025.....	22
Gráfico 7 – Taxa de Ocupação Hospitalar por perfil – Abril/2025	22
Gráfico 8 – Média de Permanência Hospitalar Global – Abril/2025	23
Gráfico 9 – Média de Permanência Hospitalar por perfil – Abril/2025.....	23
Gráfico 10 – Índice de Intervalo de Substituição Global – Abril/2025	24
Gráfico 11 - Índice de Intervalo de Substituição por perfil – Abril/2025....	24
Gráfico 12 – Taxa de Readmissão em UTI (48 horas) – Abril/2025.....	25
Gráfico 13 – Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias) – Abril/2025	26
Gráfico 14 – Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH DATASUS – Março/2025	26
Gráfico 15 – Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais – Abril/2025	27
Gráfico 16 – Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias – Abril/2025	28
Gráfico 17 – Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano – Março/2025	29
Gráfico 18 – Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano– Abril/2025	30
Gráfico 19 – Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias – Abril/2025	31

Gráfico 20 – Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente -até 48 horas da data da notificação – Abril/2025	32
Gráfico 21 – Taxa de acurácia do estoque – Abril/2025	33
Gráfico 22 – Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos– Abril/2025	34
Gráfico 23 – Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas – Abril/2025	34

Tabelas

Tabela 1 - Censo de Origem – Abril de 2025.....	11
Tabela 2 – Internações (Saídas Hospitalares) – Abril de 2025	12
Tabela 3 – Cirurgias Eletivas – Abril de 2025	14
Tabela 4 - Atendimentos Ambulatoriais – Abril de 2025	15
Tabela 5 - Consultas Médicas na Atenção Especializada – Abril de 2025	16
Tabela 6 - SADT Externo (Ofertado) – Abril de 2025.....	18
Tabela 7 - SADT Externo (Realizado) – Abril de 2025.....	18
Tabela 8 - SADT Interno (Realizado) – Abril de 2025.....	19
Tabela 9 - Indicadores do Serviço Farmácia – Abril de 2025	20
Tabela 10 - Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco – Abril de 2025	20
Tabela 11 – Indicadores de produção assistencial – Abril de 2025	35
Tabela 12 – Indicadores de desempenho – Abril de 2025.....	36
Tabela 13 – Economicidade – Abril de 2025	39
Tabela 14 - Índice Contábil – Janeiro a Março de 2025.....	40
Tabela 15 - Pesquisa de Satisfação NPS – Ambulatório	40
Tabela 16 - Pesquisa de Satisfação NPS – Internação	41
Tabela 17 - Pesquisa de Satisfação NPS - Global.....	41
Tabela 18 - Absenteísmo em Recursos Humanos – Abril de 2025.....	42

1 APRESENTAÇÃO

Em conformidade com o contrato firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) e a Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – Agir para o gerenciamento do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente, apresentamos o **Relatório Mensal de Produção e Desempenho**, conforme estabelecido no Anexo Técnico nº I, itens II e III – Indicadores e metas de produção/desempenho, páginas 27 a 36 (Contrato de Gestão nº 20/2023 - SES/GO - 1º Termo Aditivo).

2 IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DA UNIDADE

Nome: Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD.

CNES: 0965324

Endereço: Avenida Bela Vista, S/N, Parque Acalanto, Goiânia-GO, CEP: 74863-025.

Tipo de Unidade: Hospital geral de média e alta complexidade, de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda referenciada/regulada para crianças e adolescentes.

Esfera da Gestão e Administração: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO.

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada à Regulação Estadual.

Perfil da Unidade: O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência e ambulatorial em Pediatria, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual. Também é referência para reabilitação de fissuras lábio-palatinas (Programa CERFIS) e hemangiomas.

3 CENSO DE ORIGEM DOS PACIENTES

A seguir, apresenta-se o censo de origem dos pacientes atendidos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD no mês de abril de 2025.

Os atendimentos relacionados compreendem as modalidades de atendimento ambulatorial, pronto socorro, internação, exames e cirurgias.

Tabela 1 - Censo de Origem – Abril de 2025

Censo de origem dos pacientes atendidos – Abril/2025		
Município de origem	Abril/25	Percentual
Goiânia	3.001	31,34%
Aparecida de Goiânia	1.516	15,83%
Senador Canedo	523	5,46%
Trindade	337	3,52%
Goianira	211	2,20%
Anápolis	178	1,86%
Outros municípios - GO	3.745	39,11%
Outros estados	65	0,68%
Total	9.576	100,00%

Fonte: Relatório Atendimento por Cidade - SouIMV, 2025.

4 INDICADORES ESTATÍSTICOS

AVALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DO DESEMPENHO E DO CUMPRIMENTO DAS METAS PACTUADAS

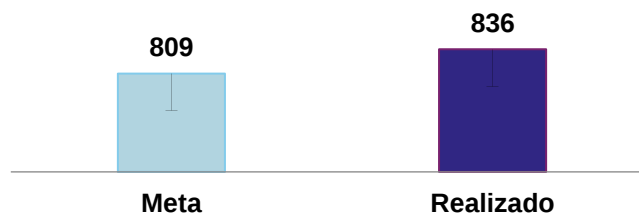
A seguir, apresentam-se as metas de produção e desempenho contratualizadas no Contrato de Gestão nº 20/2023 - SES/GO - 1º Termo Aditivo, que permitem uma variação de até $\pm 10\%$ no volume total de cada linha contratada, bem como a respectiva produção e o desempenho alcançados da Unidade.

4.1 INDICADORES QUANTITATIVOS – PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

4.1.1 Internação (Saídas Hospitalares)

As saídas hospitalares correspondem às altas dos pacientes internados na unidade, incluindo as altas melhoradas e a pedido, transferências externas e óbitos ocorridos no período. Durante o mês de abril foram operacionalizadas 836 saídas, representando o cumprimento de 103,34% da meta pactuada para a linha de contratação. O gráfico 1 apresenta o resultado alcançado para o indicador frente a meta contratualizada.

Gráfico 1 - Internações (Saídas Hospitalares) – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

A seguir é apresentada de forma detalhada a tabela contendo os indicadores que compõem as internações, juntamente com os resultados alcançados.

Tabela 2 – Internações (Saídas Hospitalares) – Abril de 2025

Internações (Saídas Hospitalares)		
Item	Meta	Produção
Clínica Cirúrgica Pediátrica	434	419
Clínica Pediátrica	366	399
Clínica Pediátrica Crônica	9	18
Total do Período	809	836

Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

4.1.2 Cirurgias Eletivas

As cirurgias eletivas realizadas no HECAD incluem cirurgias pediátricas e do Centro de Reabilitação de Fissuras Labiopalatais - CERFIS, conforme demanda mínima estabelecida pelo Complexo Regulador Estadual para atendimento mensal pela unidade hospitalar. Além disso, a unidade não deve recusar pacientes encaminhados para atendimento cirúrgico de urgência e emergência, seguindo os critérios de regionalização e seu papel na rede de saúde. Isso implica que o HECAD deve realizar todas as cirurgias de urgência e emergência referenciadas, com uma variação de $\pm 10\%$.

No mês de abril foram realizadas 257 cirurgias eletivas, representando o cumprimento de 104,47% da meta pactuada para a linha de contratação. O gráfico 2, a seguir, apresenta os resultados alcançados no período.

Gráfico 2 - Cirurgias Eletivas – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

Cabe ressaltar, que foram realizadas ainda 216 cirurgias de urgência e emergência, correspondendo a 45,67% do total de cirurgias realizadas.

A seguir é apresentada de forma detalhada uma tabela com os indicadores que compõem as cirurgias eletivas, incluindo suas respectivas produções.

Tabela 3 – Cirurgias Eletivas – Abril de 2025

Cirurgias Eletivas		
Item	Meta	Produção
Cirurgia Eletiva Hospitalar de Alto Giro	25	34
Cirurgia Eletiva Hospitalar de Média ou Alta Complexidade	221	223
Total do Período	246	257

Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

4.1.3 Atendimentos Ambulatoriais

Os atendimentos ambulatoriais englobam as consultas realizadas nas especialidades médicas e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

No mês de abril, foram realizados 2.846 atendimentos ambulatoriais, alcançando 101,25% da meta pactuada. O gráfico 3 apresenta o resultado alcançado no período.

Gráfico 3 - Atendimentos Ambulatoriais – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

Na tabela 4 são apresentados os indicadores que compõem os atendimentos ambulatoriais e os resultados alcançados no período.

Tabela 4 - atendimentos Ambulatoriais – Abril de 2025

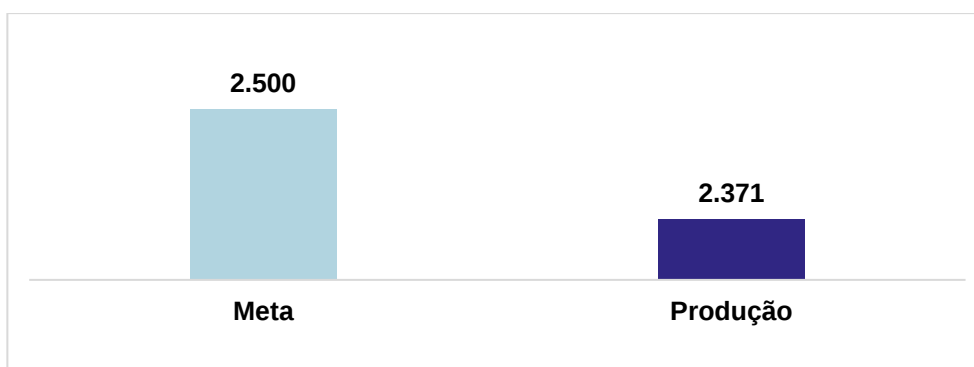
Atendimentos Ambulatoriais		
Item	Meta	Produção
Consultas Médicas na Atenção Especializada	2.500	2.371
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	311	475
Total	2.811	2.846

Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

Consulta Médica na Atenção Especializada

As consultas médicas realizadas no ambulatório da unidade englobam os pacientes em primeira consulta, primeira consulta de egresso, interconsulta e consultas subsequentes (retornos). No mês de abril foram realizadas 2.371 consultas médicas, alcançando o cumprimento de 94,84% da meta pactuada. O gráfico 4 apresenta o resultado alcançado para o indicador frente a meta contratualizada.

Gráfico 4 - Consultas Médicas na Atenção Especializada – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

Na tabela 5 são apresentadas as especialidades médicas e suas respectivas produções no período.

Tabela 5 - Consultas Médicas na Atenção Especializada – Abril de 2025

Especialidade	Meta	Produção
Alergia/Imunologia	2.500	54
Cardiologia Clínica		158
Cirurgia Pediátrica		239
Cirurgia Plástica		0
Cirurgia Plástica - CERFIS (inclusa no 1º TA)		69
Dermatologia		8
Endocrinologia		142
Gastrologia/ Hepatologia		242
Ginecologia (infantil-puberal)		5
Hebiatria (inclusa no 1º TA)		55
Hematologia		62
Infectologia		19
Nefrologia		87
Neurologia clínica		191
Oftalmologia		33
Ortopedia e Traumatologia		432
Otorrinolaringologia		193
Pneumologia		60
Pediatria (inclusa no 1º TA)		75
Reumatologia		43
Urologia		167
Vascular (inclusa no 1º TA)		37
Total		2.371

Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

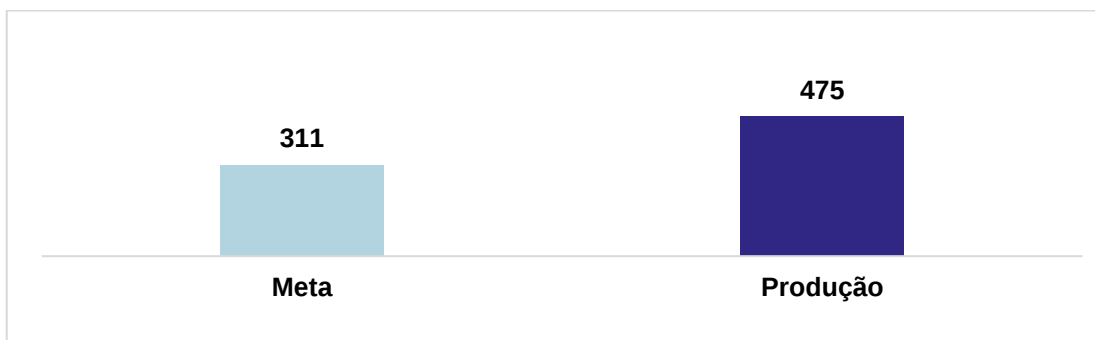
Cabe ressaltar que, no caso da Cirurgia Plástica, o serviço encontra-se atualmente vinculado ao CERFIS.

Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais

Consideram-se como procedimentos cirúrgicos ambulatoriais as intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno porte, de diversas especialidades, realizadas em pacientes que não necessitam de internação hospitalar. Os pacientes podem ser provenientes de demanda externa ou de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital.

No mês de abril, foram realizados 475 procedimentos ambulatoriais, representando o cumprimento de 152,73% da meta pactuada, conforme gráfico 5 abaixo.

Gráfico 5 – Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025

4.1.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT (Externo)

Conforme pactuado em contrato de gestão, a aferição da performance da linha de SADT externo ocorre por meio da realização dos exames disponibilizados à rede. Na competência de abril, foi ofertado um total de 773 exames e realizados 195 exames, alcançando 143,38% de execução da meta contratualizada para essa linha, conforme demonstrado nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 6 - SADT Externo (Ofertado) – Abril de 2025

Exames	Total Ofertado
Análises Clínicas	491
Broncoscopia	10
Colonoscopia	16
Endoscopia	47
Eletoencefalograma com e sem foto estímulo	27
Ecocardiograma Transtorácico	44
Tomografia Computadorizada com e sem contraste	40
Radiografia	60
Ultrassonografia	38
Total	773

Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

Tabela 7 - SADT Externo (Realizado) – Abril de 2025

Exames	Meta	Total Realizado	% Percentual Alcançado
Análises Clínicas	50	93	186,00%
Broncoscopia	3	4	133,33%
Colonoscopia	3	1	33,33%
Endoscopia	10	12	120,00%
Eletoencefalograma com e sem foto estímulo	10	9	90,00%
Ecocardiograma Transtorácico	20	26	130,00%
Tomografia Computadorizada com e sem contraste	10	19	190,00%
Radiografia	20	15	75,00%
Ultrassonografia	10	16	160,00%
Total	136	195	143,38%

Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

4.1.5 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT (Interno)

No contexto hospitalar, o SADT Interno compreende os exames realizados em pacientes internados e egressos na unidade. Os dados apresentados têm caráter informativo, uma vez que não existe uma estimativa específica para este serviço, não sendo uma linha de contratação. Portanto, não há comparação entre o previsto e a produção realizada.

Durante o mês de abril, foram realizados 27.665 exames de SADT Interno, dos quais 22.599 correspondem a análises clínicas.

Tabela 8 - SADT Interno (Realizado) – Abril de 2025

Especialidade	Produção
Análises Clínicas	22.599
Anatomia Patológica	231
Broncoscopia	8
Colonoscopia	8
Ecocardiograma	203
Ecodoppler	7
Eletrocardiograma	51
Eletroencefalograma	65
Endoscopia	45
Radiografia	3.583
Tomografia Computadorizada	464
Ultrassonografia	401
Total	27.665

Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

4.1.6 Indicadores do Serviço de Farmácia

Os indicadores de um serviço de farmácia são essenciais para avaliar o desempenho, a qualidade do atendimento e a eficiência operacional.

Tabela 9 - Indicadores do Serviço Farmácia – Abril de 2025

Critérios de Produção	Meta	Total Realizado	% Percentual Alcançado
Disponibilidade do farmacêutico 24 horas durante todo o mês	100% de cobertura do profissional farmacêutico	100,00%	100,00%
Prescrições analisadas por profissional farmacêutico por mês	100% de prescrições analisadas por farmacêutico	100,00%	100,00%
Notificações de eventos adversos envolvendo medicamentos tratadas pelo serviço de farmácia por mês.	100% das notificações tratadas pelo serviço de farmácia	100,00%	100,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais, 2025.

4.1.7 Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco

O Protocolo de Manchester é um método de triagem amplamente reconhecido internacionalmente, frequentemente utilizado no setor de saúde para classificar a prioridade de atendimento dos pacientes e melhorar os processos.

Conforme demonstrado na tabela 10, no mês de abril foram realizadas 4.070 avaliações e classificações de risco decorrentes dos atendimentos no Pronto Socorro do HECAD.

Tabela 10 - Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco – Abril de 2025

AACR (Protocolo Manchester)				Produção	(%) Representação
Emergência	0 min	AACR - Vermelho	38	0,93%	
Muito Urgente	10 min	AACR - Laranja	427	10,49%	
Urgente	50 min	AACR - Amarelo	2.687	66,02%	
Pouco Urgente	120 min	AACR - Verde	885	21,74%	
Não Urgente	240 min	AACR - Azul	33	0,81%	
Total			4.070	100,00%	

Fonte: Relatórios MVSoul, Censo Urgência/Emergência, 2025.

Foram atendidos 3.159 pacientes por demanda espontânea e 911 pacientes referenciados.

4.2 Indicadores de desempenho

Os indicadores de desempenho estão relacionados à eficiência, efetividade e qualidade dos processos de gestão dos atendimentos oferecidos aos usuários da unidade.

Conforme Contrato de Gestão nº 20/2023 - SES/GO - 1º Termo Aditivo, o hospital deverá informar mensalmente os resultados dos indicadores de desempenho, que correspondem a 10% do percentual de custeio do repasse mensal.

A seguir, são apresentados os resultados do desempenho alcançado pela unidade no período de 01 a 30 de abril de 2025.

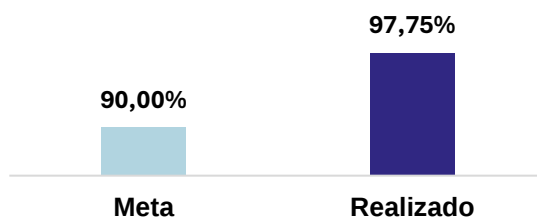
4.2.1 Taxa de Ocupação Hospitalar

A taxa de ocupação hospitalar compreende a relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos ativos no mesmo período. O indicador é obtido utilizando a métrica a seguir:

$$\text{Fórmula: } \left[\frac{\text{Total de Pacientes-dia no período}}{\text{Total de leitos operacionais-dia do período}} \right] \times 100$$

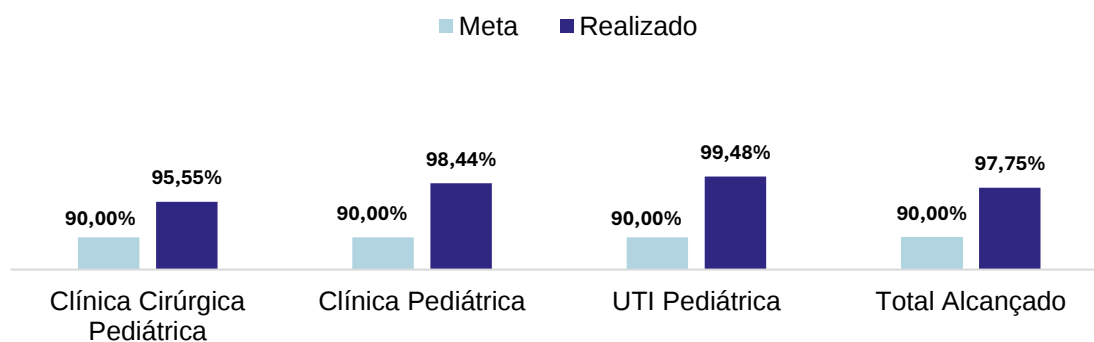
No mês de abril, registrou-se 4.093 pacientes-dia, os quais incluem pacientes de urgência e regulados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO), e 4.187 leitos operacionais-dia, resultando em uma taxa de ocupação de 97,75%.

Gráfico 6 – Taxa de Ocupação Hospitalar Global – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

Gráfico 7 – Taxa de Ocupação Hospitalar por perfil – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

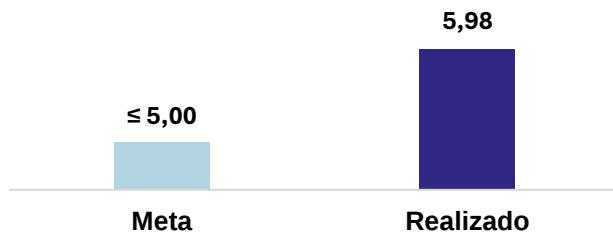
4.2.2 Média de Permanência Hospitalar (dia)

É a relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.

Fórmula: $\left[\frac{\text{Total de pacientes-dia no período}}{\text{Total de saídas no período}} \right]$

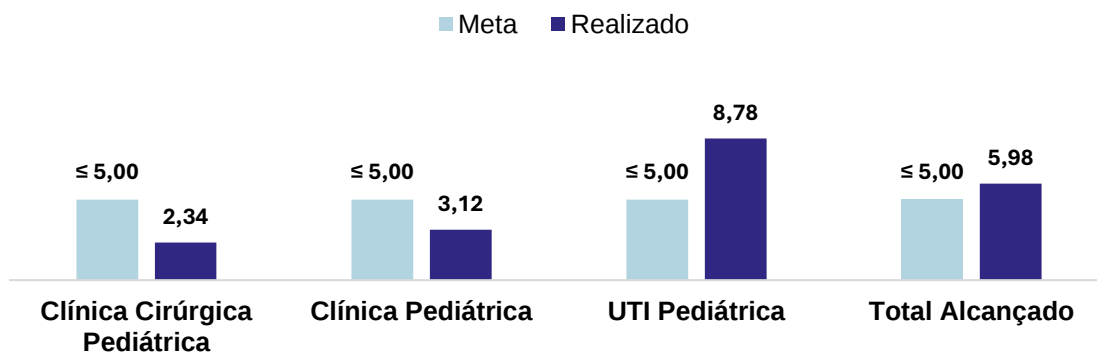
O tempo médio de permanência geral dos leitos operacionais do hospital apresentado no mês de abril foi de 5,98 dias.

Gráfico 8 – Média de Permanência Hospitalar Global – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

Gráfico 9 – Média de Permanência Hospitalar por perfil – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

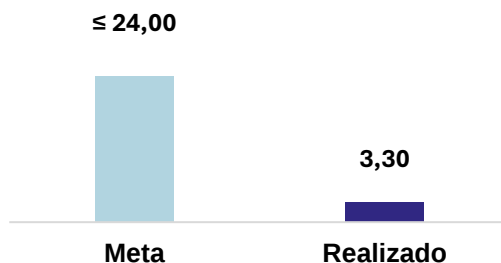
4.2.3 Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: $[(100 - \text{Taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{Média de tempo de permanência}] / \text{Taxa de ocupação hospitalar}$

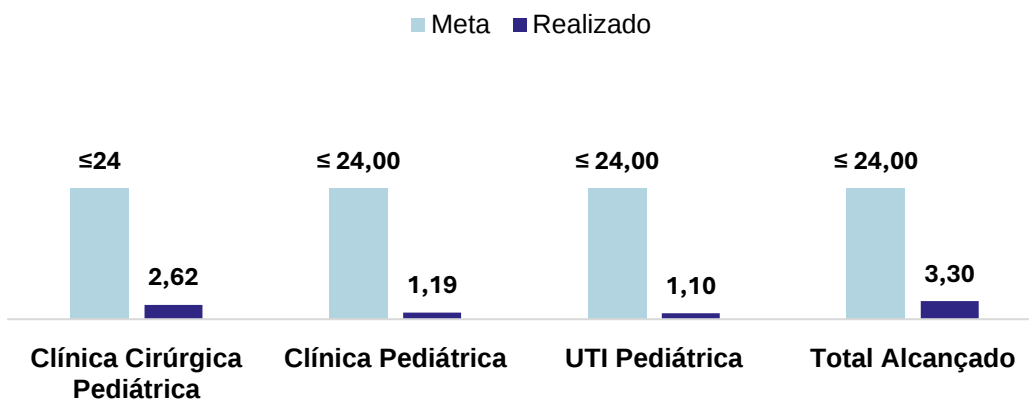
O índice de intervalo de substituição geral dos leitos operacionais do hospital apresentado no mês de abril foi de 3,30 horas, conforme demonstrado nos gráficos abaixo.

Gráfico 10 – Índice de Intervalo de Substituição Global – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

Gráfico 11 - Índice de Intervalo de Substituição por perfil – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

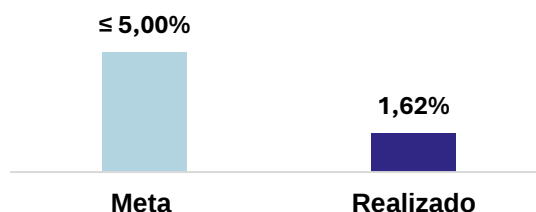
4.2.4 Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)

Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

Fórmula:
$$\left[\frac{\text{Nº de retornos em até 48 horas}}{\text{Nº de saídas da UTI, por alta}} \right] \times 100$$

Em abril, ocorreram duas readmissões em até 48 horas, de um total de 123 saídas da UTI, resultando em uma taxa de readmissão de 1,62%.

Gráfico 12 – Taxa de Readmissão em UTI (48 horas) – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

4.2.5 Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

O indicador de readmissão hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a Unidade Hospitalar. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar} / N^{\circ} \text{ total de internações hospitalares}] \times 100$

No mês de abril, ocorreram 50 readmissões na unidade, de um total de 831 internações, que corresponde a uma taxa de readmissão hospitalar de 6,02%.

Gráfico 13 – Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias) – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

4.2.6 Percentual de Ocorrências de Glosas no SIH - DATASUS

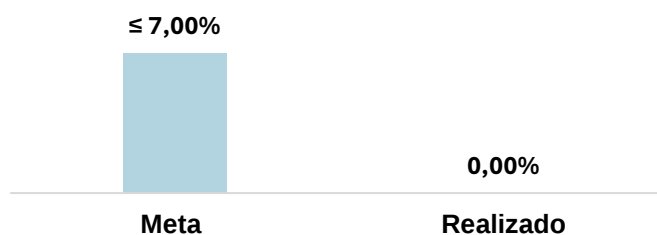
Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: $[Total\ de\ procedimentos\ rejeitados\ no\ SIH / total\ de\ procedimentos\ apresentados\ no\ SIH] \times 100$

O quantitativo das ocorrências de Glosas no SIH – DATA/SUS, referente a competência abril de 2025 ainda não foi disponibilizado pelos Parceiros: Processamento de Informação/AIH, Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás e Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

Os resultados processados referentes ao mês de março de 2025 estão apresentados no gráfico 14.

Gráfico 14 – Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH DATASUS – Março/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

No período analisado, foram apresentados 948 procedimentos, sem ocorrência de rejeições no mês de março, resultando em um percentual de glosa de 0,00%.

Informa-se que, dentro da competência analisada, constam quatro AIHs rejeitadas por falta de habilitação no perfil em traumatologia ortopedia.

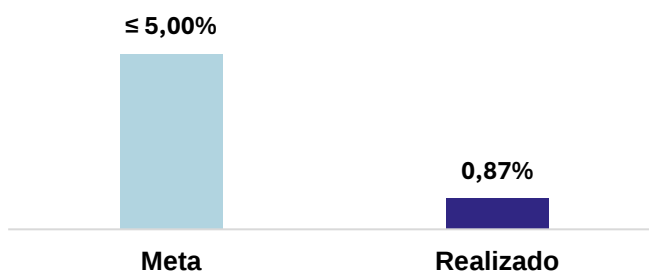
4.2.7 Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais

O indicador mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas por motivos relacionados à organização da Unidade, como falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré-operatório, ou ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas no período.

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas suspensas} / N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)}] \times 100$

No mês de abril, foram programadas 343 cirurgias, e três cirurgias foram suspensas por motivo relacionado à unidade, resultando em uma taxa de suspensão de 0,87%.

Gráfico 15 – Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

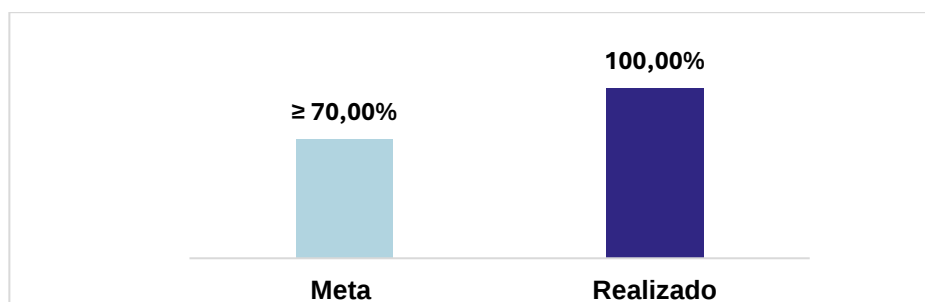
4.2.8 Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias

Proporção de exames de imagem externos com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de exames de imagem entregues em até 10 dias} / \text{total de exames de imagem realizados no período multiplicado}] \times 100$

No mês de abril, foram realizados um total de 102 exames de imagem externos no HECAD, todos entregues dentro do prazo estipulado, resultando em um percentual de 100,00%.

Gráfico 16 – Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025

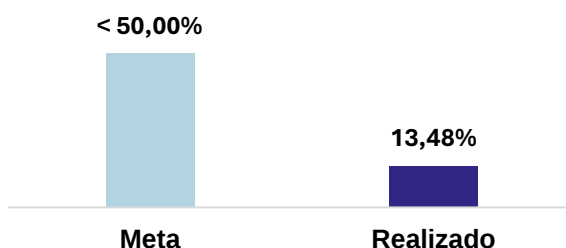
4.2.9 Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano

O indicador avalia se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão sendo executadas dentro do tempo de espera clinicamente aceitável, conforme o critério de classificação de prioridade SWALIS, estabelecido pelo médico assistente.

Fórmula: $\left[\frac{\text{Número de cirurgias realizadas com TMAT expirado}}{\text{Número de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade}} \times 100 \right]$

O tempo máximo aceitável para tratamento expirado para o primeiro ano apresentou no mês de março um percentual de 13,48%, permanecendo dentro da meta estipulada.

Gráfico 17 – Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano – Março/2025



Fonte: Sistema REGNET, 2025.

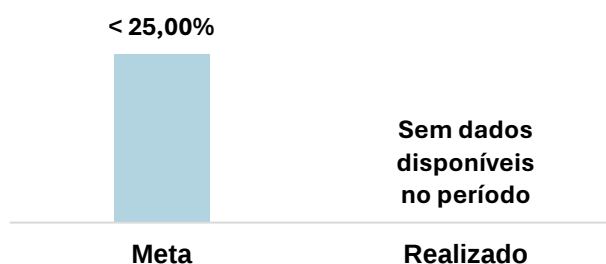
Informamos que não foi possível apresentar o tempo máximo aceitável para tratamento expirado para o primeiro ano referente à competência abril de 2025 devido a uma intempestividade, o que impediu a emissão do indicador. As informações serão incluídas na prestação de contas do mês subsequente.

4.2.10 Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano

O indicador mede se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão sendo realizadas dentro do tempo de espera máximo clinicamente aceitável, conforme o critério SWALIS de classificação de prioridade atribuído pelo médico assistente.

Fórmula: $\left[\frac{\text{Número de cirurgias realizadas com TMAT expirado}}{\text{Número de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade}} \times 100 \right]$

Gráfico 18 – Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano– Abril/2025



Fonte: Sistema REGNET, 2025.

Nota Explicativa: O parâmetro do indicador ainda não foi disponibilizado para cálculo, uma vez que o período de análise referente ao segundo ano ainda não teve início.

4.2.11 Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias

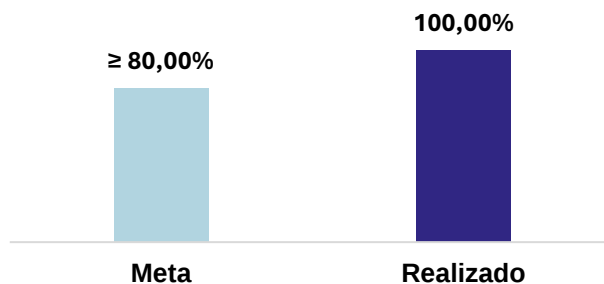
Esse indicador mensura a capacidade de detecção de DAEI nas unidades de saúde, por meio da digitação das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata de forma oportuna ($\leq$ à 07 dias) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEPGripe/eSUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: $\left[\frac{\text{Nº de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno - até 7 dias}}{\text{Nº de casos de DAEI digitadas (no período/mês)}} \times 100 \right]$

Durante o período analisado, foram registrados um total de 364 casos de doenças, agravos ou eventos de notificação compulsória imediata no HECAD,

todos digitados de forma oportuna. Nesse mesmo intervalo, a unidade hospitalar completou a inserção desses 364 casos, atingindo um percentual de 100,00%.

Gráfico 19 – Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

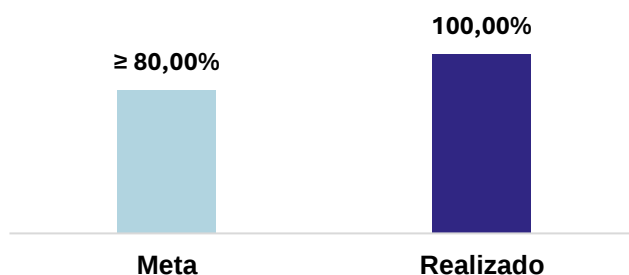
4.2.12 Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente -até 48 horas da data da notificação

Esse indicador mensura a capacidade de detecção e investigação das DAEI nas unidades de saúde, por meio da investigação das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata investigadas oportunamente ($\leq$ à 48 horas da data de notificação) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/eSUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno - até 48 horas da data da notificação} / N^{\circ} \text{ de casos de DAEI notificadas (no período/mês)}] \times 100$

No período analisado houve 364 casos notificados de DAEI, sendo todos notificados, resultando em um percentual de 100,00%.

Gráfico 20 – Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente -até 48 horas da data da notificação – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

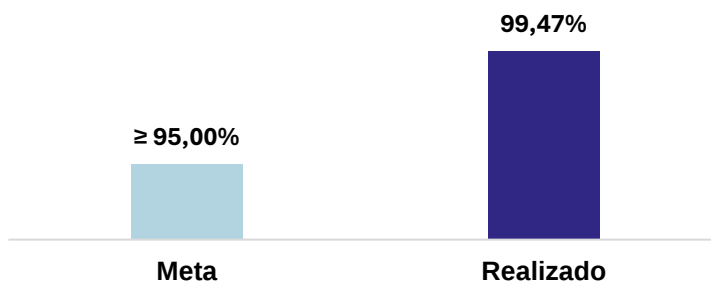
4.2.13 Taxa de acurácia do estoque

Este indicador tem como objetivo monitorar a precisão do estoque de medicamentos hospitalares geridos pela Farmácia. A avaliação da acurácia verifica se o estoque e as compras estão alinhados com as necessidades reais da instituição e se existem falhas no processo de controle de estoque.

Fórmula: $\frac{\text{Número total de itens contados em conformidade}}{\text{Número total de itens padronizados cadastrados no sistema}} \times 100$

Durante o período analisado, foram contabilizados 751 itens em conformidade, de um total de 755 itens padronizados cadastrados no sistema, atingindo um percentual de 99,47%.

Gráfico 21 – Taxa de acurácia do estoque – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

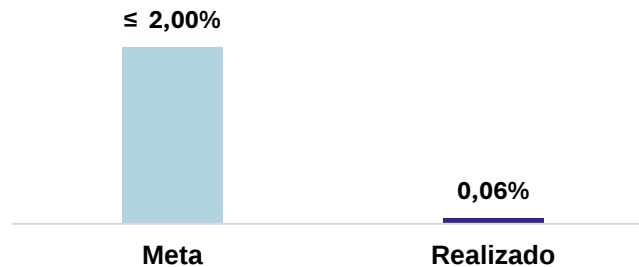
4.2.14 Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos

Mensura-se o valor financeiro atribuído aos medicamentos vencidos na unidade de saúde, permitindo implementação de ações que impactem na redução da perda de medicamentos.

Fórmula:
$$\frac{[\text{Valor financeiro da perda de medicamentos padronizados por validade expirada (R\$)} / \text{valor financeiro de medicamentos inventariado no período (R\$)}] \times 100}{}$$

Durante o período analisado, a perda financeira de medicamentos padronizados por validade expirada foi de R\$ 723,77, enquanto o valor dos medicamentos inventariados totalizou R\$ 1.198.491,04, resultando em um percentual de 0,06%.

**Gráfico 22 – Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos–
Abril/2025**



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

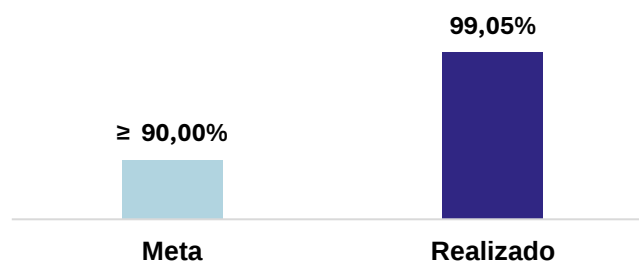
4.2.15 Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas

Esse indicador é útil para avaliar o desempenho do serviço de farmácia clínica e a importância desse serviço para a segurança do paciente através da prevenção de problemas relacionados a medicamentos.

Fórmula: $[\text{Número absoluto de intervenções registradas} / \text{Número de intervenções aceitas}] \times 100$

No período analisado foram registradas 211 intervenções, das quais 209 foram aceitas, resultando em um percentual de 99,05%.

Gráfico 23 – Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas – Abril/2025



Fonte: Sistema MV Soul, 2025.

5 EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRABALHO PROPOSTOS PELA OS

COM ESCLARECIMENTOS, SE FOR O CASO, SOBRE AS CAUSAS QUE INVIABILIZARAM O PLENO CUMPRIMENTO DAS METAS ESTABELECIDAS

Apresenta-se abaixo a execução dos serviços propostos no mês de abril de 2025 para as linhas de contratação dos indicadores assistenciais e de desempenho e qualidade, incluindo as respectivas análises da performance executada.

5.1 Produção Assistencial

Tabela 11 – Indicadores de produção assistencial – Abril de 2025

ATIVIDADES	Abril/2025		
	Meta	Realizado	% de Execução da Meta
Clínica Cirúrgica Pediátrica	434	419	96,54%
Clínica Pediátrica	366	399	109,02%
Clínica Pediátrica Crônica	9	18	200,00%
Total de Saídas Hospitalares	809	836	103,34%
Cirurgia Eletiva Hospitalar de Alto Giro	25	34	136,00%
Cirurgia Eletiva Hospitalar de Média ou Alta Complexidade	221	223	100,90%
Total de Cirurgias Eletivas	246	257	104,47%
Consultas Médicas na Atenção Especializada	2.500	2.371	94,84%
Procedimentos Ambulatoriais	311	475	152,73%
Total de Atendimentos Ambulatorial	2.811	2.846	101,25%
Análises Clínicas	50	93	186,00%
Broncoscopia	3	4	133,33%
Colonoscopia	3	1	33,33%

Endoscopia	10	12	120,00%
Eletroencefalograma com e sem foto estímulo	10	9	90,00%
Ecocardiograma Transtorácico	20	26	130,00%
Tomografia Computadorizada com e sem contraste	10	19	190,00%
Radiografia	20	15	75,00%
Ultrassonografia	10	16	160,00%
SADT EXTERNO (Realizado)	136	195	143,38%

5.1.1 Análise Crítica dos Indicadores de Produção

SADT Externo (Realizado) – Colonoscopia e Radiografia.

No mês de abril, o não alcance das metas estabelecidas foi decorrente, a redução de encaminhamentos realizados pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), aliado à taxa de perda primária das vagas ofertadas. Esses fatores comprometeram diretamente o desempenho dos indicadores, impactando os resultados esperados para o período analisado.

5.2 Indicadores de Desempenho

Tabela 12 – Indicadores de desempenho – Abril de 2025

Indicadores Qualitativos (Desempenho)	Abril/2025		
	Meta	Resultado	% de Execução da Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	90,00%	97,75%	108,62%
Tempo Médio de Permanência - Dias	≤ 5,00	5,98	80,32%
Índice de Intervalo de Substituição (Horas)	< 24,00	3,30	186,25%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 8,00%	6,02%	124,79%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5,00%	1,62%	167,60%

Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH – DATASUS	≤ 7,00%	Em Apuração	
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais	≤ 5,00%	0,87%	182,51%
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70,00%	100,00%	142,86%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano	< 50,00%	13,48%	173,05%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	< 25,00%	Indicador será enviado a partir de setembro/25	Indicador será enviado a partir de setembro/25
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 80,00%	100,00%	125,00%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente -até 48 horas da data da notificação	≥ 80,00%	100,00	125,00%
Taxa de acurácia do estoque	≥ 95,00%	99,47%	104,71%
Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos	≤ 2,00%	0,06%	196,98%
Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas	≥ 90,00%	99,05%	110,06%

5.2.1 Análise Crítica dos Indicadores de Desempenho:

Tempo Médio de Permanência

No período analisado, o tempo médio de permanência foi de 5,98 dias, representando uma redução de 0,07 dia em comparação ao mês anterior. Durante esse mês, manteve-se o padrão elevado de casos de doenças respiratórias, conforme previsto para o período de sazonalidade respiratória em

pediatria, que historicamente se estende por cerca de três meses. Estudos recentes indicam um padrão de maior severidade clínica na cenário pós-pandemia, em comparação aos anos anteriores.

Ademais, a população pediátrica, por suas características próprias, representa um fator de risco independente para complicações respiratórias, o que frequentemente resulta em internações mais prolongadas para garantir recuperação adequada e alta segura com necessidade, por exemplo, de uso prolongado de antibióticos ou oxigenioterapia.

Outro fator de impacto sobre o indicador refere-se à permanência prolongada de pacientes com perfil crônico, provenientes de diversas regiões do estado. Atualmente, 21 pacientes encontram-se internados há mais de 30 dias, o que introduz um viés interpretativo importante no indicador, pois esses casos não refletem a dinâmica do giro de leitos nas demais internações clínicas e na UTI.

Ao realizar uma análise mais detalhada, excluindo esses 21 pacientes da base de cálculo, o indicador ajustado seria de 5,24 dias. Esse valor representa com maior fidelidade a média de permanência hospitalar, uma vez que esses pacientes não possuem pendências clínicas que justifiquem a internação prolongada. No entanto, a alta hospitalar ainda não é viabilizada devido à indisponibilidade de insumos ou serviços essenciais, como home care e o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD). Essas questões sociais estão sendo tratadas pela equipe responsável do hospital, embora sua resolução dependa fortemente da atuação dos municípios de origem desses pacientes.

Apesar dos desafios enfrentados, seguem sendo implementadas ações para otimizar a rotatividade de leitos e reduzir o indicador dentro dos limites seguros para o paciente. Entre as medidas adotadas, destacam-se a realização da ronda matinal diária nas unidades de internações, a utilização do checklist da visita multidisciplinar e a condução da reunião de gestão de leitos, na qual são discutidos, com maior foco, os casos de internação superiores a sete dias. Além disso, a implementação do Plano Terapêutico Singular (PTS), com o objetivo de planejar o cuidado, monitorar resultados e organizar o processo de alta, garantindo assim a segurança assistencial do paciente.

6 INDICADORES DE GESTÃO

AFERIR A EFICIÊNCIA, EFICÁCIA, ECONOMICIDADE, QUALIDADE E PRODUTIVIDADE DA ATUAÇÃO DA ENTIDADE, LEVANDO-SE EM CONTA OS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS ALCANÇADOS PELA INSTITUIÇÃO

Apresenta-se abaixo os indicadores que demonstram a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade do HECAD.

6.1 Economicidade – Financeiro/Contábil

6.1.1 Índice de Eficiência Financeira

Apresentamos a seguir por meio do índice de Eficiência Financeira o nível de liquidez financeira alcançado pela unidade HECAD, referente ao período de abril de 2025.

Fórmula: (Saldo Inicial + Entradas do período) / Total de saídas do período

Tabela 13 – Economicidade – Abril de 2025

Índice de Eficiência Financeira – HECAD 2024	01/04/2025
Saldo inicial	R\$ 15.779.861,40
Total de entradas	R\$ 15.384.940,79
Total de saídas	R\$ 18.857.049,62
Resultado	1,65

Fonte: CFIN/AGIR.

6.1.2 Índice Contábil

O Índice de Eficiência Contábil referente à competência abril de 2025 será apresentado na competência maio de 2025 devido ao período de fechamento contábil.

Conforme analisado na tabela abaixo, o HECAD demonstrou um equilíbrio contábil de 1,00 no período de janeiro a março de 2025. Esse índice manteve-se estável, revelando eficiência e economicidade na gestão dos recursos pela Unidade Hospitalar, conforme o confronto de todas as Receitas com as Despesas indicou.

Fórmula: $[Receita\ total\ do\ período] / [Despesa\ total\ no\ mesmo\ período]$

Tabela 14 - Índice Contábil – Janeiro a Março de 2025

HECAD	Receita (R\$)	Despesa (R\$)	Índice
Índice Contábil	R\$ 43.843.375,21	R\$ 43.843.375,21	1,00

Fonte: CCONT/AGIR.

6.2 Pesquisa de Satisfação – Metodologia *Net Promoter Score* (NPS)

6.2.1 Pesquisa de satisfação – NPS – Ambulatório

O resultado da pesquisa realizada no Ambulatório para uma amostra de 403 pacientes/acompanhantes entrevistados, referente ao mês de abril de 2025, foi de 91,79% de aprovação. O resultado atingido corresponde à Zona de Excelência e contempla a classificação máxima na metodologia NPS, conforme apresentado na tabela 15.

Tabela 15 - Pesquisa de Satisfação NPS – Ambulatório

Mês de referência: 1 a 30 de Abril de 2025				
Classificação dos clientes	Quantidade de Clientes	%	NPS	Zona de Excelência
Clientes Detratores	56	2,13%	91,79%	
Clientes Neutros	104	3,95%		
Clientes Promotores	2.471	93,92%		
Total Geral de Respostas	2.631	100,00%		

Fonte: SAU/Ouvidoria, 2025.

6.2.2 Pesquisa de satisfação – NPS – Internações

Em relação ao resultado da pesquisa realizada na Internação da Unidade para uma amostra de 106 pacientes entrevistados, registrou-se 92,09% de aprovação, ficando dentro da Zona de Excelência, conforme apresentado na tabela 16.

Tabela 16 - Pesquisa de Satisfação NPS – Internação

Mês de referência: 1 a 30 de Abril de 2025				
Classificação dos clientes	Quantidade de Clientes	%	NPS	Zona de Excelência
Clientes Detratores	6	0,86%	92,09%	
Clientes Neutros	43	6,19%		
Clientes Promotores	646	92,95%		
Total Geral de Respostas	695	100,00%		

Fonte: SAU/Ouvidoria, 2025.

6.2.3 Pesquisa de satisfação – NPS – Geral

A seguir, apresentam-se os resultados das pesquisas consolidadas - Ambulatório e Internação, relativos ao mês de abril de 2025.

Tabela 17 - Pesquisa de Satisfação NPS - Global

Mês de referência1 a 30 de Abril de 2025				
Classificação dos clientes	Quantidade de clientes	%	NPS	Zona de Excelência
Total de clientes detratores	62	1,86%	91,85%	
Total de clientes neutros	147	4,42%		
Total de clientes Promotores	3.117	93,72%		
Total Geral de Respostas	3.326	100,00%		

Fonte: SAU/Ouvidoria, 2024.

6.3 Taxa de Absenteísmo dos Colaboradores

Na tabela abaixo, evidencia-se o índice percentual de absenteísmo extraído do sistema eletrônico utilizado pela unidade, referente ao mês de abril de 2025.

Tabela 18 - Absenteísmo em Recursos Humanos – Abril de 2025

Taxa de absenteísmo em RH – Abril/2025	
Vínculo	Resultado
Celetista	4,00%
Estatutário	12,56%
Taxa de Absenteísmo Global	8,28%

Fonte: SESMT/2025.

7 MEDIDAS IMPLEMENTADAS

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

Informa-se que para o mês de abril de 2025 não houve nenhuma disfunção de ordem estrutural que inviabilizasse o alcance das metas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período de 01 a 30 de abril de 2025, o HECAD apresentou à SES/GO, por meio de relatórios e planilhas de produção, os resultados obtidos, atendendo aos princípios médicos na atenção ao cidadão e cumprindo com o seu compromisso social e coletivo junto à sociedade no intuito de prestar uma melhor assistência às crianças e adolescentes.

A AGIR ratifica seu compromisso de sempre realizar seus trabalhos dentro dos preceitos legais e éticos, conforme preconiza a boa gestão, com resolutividade e transparência, e coloca-se à disposição da SES/GO para sempre adotar melhorias frente à gestão do HECAD.

DIVINO RONNY REZENDE JÚNIOR

Diretor Geral
HECAD

9 ANEXOS

Anexo I - Relatório de atividades do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

Anexo II - Mapa Cirúrgico