

# RELATÓRIO GERENCIAL E DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EMITIDO PELA DIRETORIA E APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

EXERCÍCIO DE SETEMBRO A DEZEMBRO/2025

HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO - HEJ  
TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 041/2025



# Identidade Organizacional

# HEJ

## 01



### Missão

Prestar cuidados de excelência ao usuário SUS, contribuindo para a formação profissional e produção do conhecimento em saúde no sudoeste goiano.

## 02



### Visão

Ser reconhecido como hospital estadual de excelência e cuidado humanizado em 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

Cyro Miranda Gifford Júnior

Edson Costa Araújo

Gláucia Loureiro de Paula

Marco Aurelio Martins da Silva

Rubens José Fileti

Wagner de Oliveira Reis

### CONSELHO FISCAL

César Helou

Pedro Daniel Bittar

Milca Severino Pereira

Salomão Rodrigues Filho

Fernando Morais Pinheiro

José Evaldo Balduino Leitão

### 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 Assistencial

### DIRETORIA DO HEJ

**André Alves dos Santos** - Diretor Geral

**Pedro Vinicius Leite de Sousa** - Diretor Técnico Assistencial

**Rogério Novaes dos Santos** - Diretor Administrativo e Financeiro

## Sumário

1. APRESENTAÇÃO .....	8
2. IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DA UNIDADE .....	11
3. CENSO DE ORIGEM DOS PACIENTES .....	12
4.1. INDICADORES QUANTITATIVOS – PRODUÇÃO ASSISTENCIAL.....	13
4.1.1. Internação hospitalares (Saídas Hospitalares).....	13
4.1.2. Cirurgias eletivas ambulatoriais .....	14
4.1.3. Cirurgias eletivas .....	14
4.1.4. atendimentos Ambulatoriais Médicos .....	14
4.1.5. Consultas Multiprofissionais em Atenção Especializada .....	14
4.1.6. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) externo.....	14
4.2. INDICADORES DE DESEMPENHO.....	16
4.2.1. Taxa de ocupação hospitalar (TOH) .....	16
4.2.2. Tempo médio de permanência hospitalar (TMP) – em dias.....	16
4.2.3. Índice de intervalo de substituição de leito (horas).....	17
4.2.4. Taxa de readmissão hospitalar (em até 29 dias) .....	17
4.2.5. Taxa de readmissão em UTI (em até 48 horas).....	17
4.2.6. Percentual de ocorrência de glosas no SIH – DATASUS .....	18
4.2.7. Percentual de suspensão de cirurgias eletivas por condições operacionais.....	18
4.2.8. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano.....	18
4.2.9. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano .....	18
4.2.10. Percentual de partos cesáreos .....	19
4.2.11. Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea .....	19
4.2.12. Percentual de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas.....	19
4.2.13. Percentual de casos de Doenças/Agravos/Eventos de notificação compulsório imediata (DAEI) digitadas oportunamente - até 7 dias...	20
4.2.14. Percentual de casos de Doenças/Agravos/Eventos de notificação	

compulsório imediata (DAEI) investigados oportunamente - até 48 horas da data da notificação .....	20
4.2.15. Taxa de acurácia do estoque .....	20
4.2.16. Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos .....	20
4.2.17. Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas .....	21
5. EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRABALHO PROPOSTOS PELA O.S .....	22
5.1. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL .....	22
5.1.1. Análise Crítica dos Indicadores de Produção – Setembro a dezembro de 2025 .....	24
5.2. INDICADORES DE DESEMPENHO.....	26
5.2.1. Análise Crítica dos Indicadores de Desempenho – Setembro a Dezembro de 2025 .....	27
6. Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco .....	28
7. INDICADORES DE GESTÃO .....	29
7.1. ECONOMICIDADE – FINANCEIRO/CONTÁBIL.....	29
7.1.1. Índice de Eficiência Financeira – HEJ .....	29
7.1.2. Índice Contábil .....	29
7.2.1. Pesquisa de satisfação – NPS – Geral .....	30
7.2.2. TAXA DE ABSENTEÍSMO DOS COLABORADORES.....	30
8. MEDIDAS IMPLEMENTADAS COM VISTAS AO SANEAMENTO DE EVENTUAIS DISFUNÇÕES ESTRUTURAIS QUE PREJUDICARAM OU INVIABILIZARAM O ALCANCE DAS METAS FIXADAS .....	31
8.1. Engenharia Clínica, Equipamentos médicos e não médicos, Manutenção predial.....	31
Setembro de 2025.....	31
Engenharia Clínica.....	31
Equipamentos médicos e não médicos.....	31
Manutenção predial.....	31
Outubro de 2025 .....	31
Engenharia Clínica.....	32
Equipamentos médicos e não médicos.....	32
Manutenção predial.....	32
Novembro de 2025 .....	32
Engenharia Clínica.....	32

Equipamentos médicos e não médicos.....	32
Manutenção predial.....	32
Dezembro de 2025.....	32
Engenharia Clínica.....	32
Equipamentos médicos e não médicos.....	33
Manutenção predial.....	33
<b>9. IMPACTO DO BENEFÍCIO SOCIAL E INSTITUCIONAL GERADO PELA GESTÃO DA UNIDADE.....</b>	<b>33</b>
<b>9.1. Nascer HEJ.....</b>	<b>33</b>
<b>9.2. Alimentação Saudável.....</b>	<b>34</b>
<b>9.3. Humanização HEJ.....</b>	<b>34</b>
<b>9.4. Humanização Hospitalar: Impacto da Intervenção Musical do Grupo Raiz no HEJ.....</b>	<b>35</b>
<b>10. AUDITORIA EXTERNA.....</b>	<b>36</b>
<b>11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>

## Tabelas

Tabela 1 - Censo de origem - setembro a dezembro de 2025.....	12
Tabela 2 – Produção Assistencial - setembro a dezembro de 2025.....	14
Tabela 3 – Indicadores de desempenho – setembro a dezembro de 2025.....	20
Tabela 4 – Indicadores de produção assistencial – setembro a dezembro de 2025.....	21
Tabela 5 – Indicadores de desempenho – setembro a dezembro de 2025.....	25
Tabela 6 – Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco – setembro a dezembro de 2025.....	27
Tabela 7 – Índice de Eficiência Financeira – setembro a dezembro de 2025.....	28
Tabela 8 – Índice Contábil – setembro a dezembro de 2025.....	28
Tabela 9 - Pesquisa de Satisfação – NPS Geral – setembro a dezembro de 2025.....	29
Tabela 10 – Absenteísmo em Recursos Humanos – setembro a dezembro de 2025.....	29

## 1. APRESENTAÇÃO

Notadamente, a Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde (AGIR) se destaca no cenário das Organizações Sociais em Saúde (OSS) por vivenciar dia a dia os valores descritos em sua identidade organizacional: compromisso com a qualidade; cuidado humanizado; colaboração e trabalho em equipe; transparência e comunicação eficaz; eficiência e inovação e responsabilidade social e ambiental.

Em 2002, a AGIR foi pioneira ao assumir a gestão do **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER)**, referência na assistência à pessoa com deficiência, e se tornou a primeira organização social em saúde no estado de Goiás a atuar no modelo de parceria público-privada.

Em 2013, a AGIR pôs em prática os preceitos universais de humanização preconizados pelo Ministério da Saúde, e, ao assumir a gestão do **Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta (HDS)** transformou o antigo leprosário em uma unidade ambulatorial voltada ao cuidado do idoso. Uma quebra de paradigmas, que amplia e qualifica os serviços de atenção à saúde aos pacientes do Sistema único de Saúde.

Em 2015, a AGIR diante de mais um grande desafio, comprovou sua vocação para a gestão integrada de projetos em inovação ao assumir a gestão do **Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL**, um dos maiores hospitais de urgências do país, que se destaca pela alta performance de gestão e melhoria contínua dos processos.

Em 2020, a AGIR recebeu do Governo do Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), a dupla missão de implantar com recursos humanos, materiais, insumos e equipamentos, o Hospital de Campanha para o enfrentamento do Coronavírus, localizado na cidade de Goiânia, e em setembro do mesmo ano a gestão do HCAMP de Águas Lindas de Goiás.

Em 2021, em atendimento ao ofício nº 2424/2021 – SES/GO de 18/02/2021, bem como ao Contrato de Gestão nº 22/2021, assinado no mês de junho, a AGIR foi convocada a assumir, de imediato, a gestão e operacionalização

do Hospital de Enfrentamento à Covid-19 do Centro Norte Goiano-HCN, localizado no município de Uruaçu. Os três hospitais foram dedicados ao tratamento dos casos diagnosticados pela contaminação do coronavírus e/ou síndromes respiratórias agudas.

Em 2021, a AGIR recebeu do Governo do Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) a missão do gerenciamento, operacionalização e execução das atividades do **Hospital Estadual da Criança e do Adolescente- HECAD**, implantado, mediante o Despacho n°. 4074/2021 - SES, nas dependências do antigo Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior, para a oferta de atendimento, em regime de 24 horas por dia, à pacientes acometidos por pneumonias graves, insuficiências respiratórias, problemas renais, cardiopatias não cirúrgicas, diabetes, apendicites e fraturas não expostas, dentre outras. E em 2023, foi celebrado o ajuste de parceria na forma de Contrato de Gestão, para a operacionalização do HECAD, atestando mais uma vez a eficiência e a competência da AGIR, e o sucesso no que ela se propõe em fazer que é Cuidar de Vidas.

Em 2025, iniciou-se o gerenciamento do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ)** e da **Policlínica da Secretaria Estadual de Saúde da Região Rio Vermelho, na Cidade de Goiás**, assumindo o compromisso de promover uma gestão de excelência, alinhada aos princípios institucionais e, sobretudo, fortalecendo o trabalho em equipe como pilar fundamental para o sucesso.

A gestão AGIR norteia-se por princípios, valores e fundamentos voltados inteiramente ao bom uso e aplicação dos recursos públicos a ela delegados para gestão das unidades de saúde geridas, comprometendo-se com os princípios fundamentais da administração pública. O escopo da Gestão de Finanças na AGIR engloba as dimensões contábil e financeira, controlando as informações de obrigações e direitos da Unidade, utilizando-se de demonstrações contábeis e relatórios gerenciais.

A Gestão patrimonial é responsável pela gestão dos bens (ativo fixo) dentro da Unidade, bem como pelo gerenciamento do mapa de trabalho para manutenção preventiva, integrando automaticamente os lançamentos contábeis com os

módulos sistêmicos afins. Além disso, ela controla ainda a garantia dos fabricantes, reduzindo custos com manutenções corretivas.

A Gestão de custos é norteada pela Política de Orçamento e Custos e visa o compromisso com a sustentabilidade orçamentária por meio de diretrizes que vislumbram resultados, garantindo o cumprimento dos processos orçamentários, financeiros e de custos.

No que tange à política de Gestão de Pessoas, a AGIR traz o enfoque para a Gestão por Competências, por entender que este modelo de gestão constitui uma ferramenta propulsora altamente capaz de transformar e viabilizar o crescimento organizacional e o desenvolvimento de seus profissionais.

Já no escopo da Gestão de Materiais e Logística, os recursos financeiros direcionados, recebidos e/ou gastos no gerenciamento e operacionalização da Unidade são geridos por meio de previsibilidade e acompanhamento de execução de caixa, visando a aplicabilidade plena nas atividades e processos da Unidade, voltados à ampliação e melhoria dos serviços, da estrutura física ou renovação tecnológica.

A Gestão de Ensino e Pesquisa reflete um dos pilares de atuação da AGIR em gerar e disseminar conhecimento, conforme declarado em sua missão. Neste contexto, a OSS apoia o aprimoramento de profissionais da saúde e gestores da área e fomenta a pesquisa científica para contribuir para uma assistência à saúde de qualidade.

No que tange à Gestão de Segurança em suas mais diversas dimensões a AGIR possui práticas integradas em *Compliance* e Qualidade, conectando a padronização, atendimento aos requisitos das partes interessadas e melhoria contínua de seus processos. Já em relação à segurança do paciente, as ações promovidas pelas instituições de saúde visam mitigar o risco de falhas associadas à assistência em saúde.

Ela engloba todos os estudos e práticas para a diminuição e/ou eliminação de riscos que podem causar danos ao paciente. No escopo da segurança institucional, as unidades contam com equipe especializada de segurança e videomonitoramento, além de protocolos e contingências para garantir a segurança

e integridade física dos profissionais, pacientes e visitantes, além do patrimônio da unidade.

Em relação à Gestão Ambiental a AGIR estabelece treinamentos para promover a educação ambiental continuada, fortalecendo as boas práticas para uso racional de recursos e gestão de resíduos. Promove ainda a consciência ambiental, objetivando a maximização da coleta seletiva e promovendo iniciativas de reciclagem e reaproveitamento de recursos, além de apoiar diversos projetos e parcerias para promoção de ações ambientalmente responsáveis.

Diante do legado conquistado ao longo de 23 anos de história, a estrutura administrativa da AGIR que envolve Associados, Conselheiros e Diretoria atesta e valida a eficiência e profissionalismo refletidos nos excelentes resultados atingidos. A AGIR como organização que presta contas de suas atividades junto à sociedade e ao poder público busca gerir eficientemente suas ações munindo-se de análises criteriosas dos dados e informações para nortear suas decisões de forma eficaz. O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de setembro a dezembro de 2025.

---

## 2. IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DA UNIDADE

**Nome:** Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ

**CNPJ:** 05.029.600/0017-63

**CNES:** 2535556

**Endereço:** Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo, Jataí - GO.

**Tipo de Unidade:** Hospital Geral de esfera pública de média e alta complexidade.

**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, sendo devidamente referenciado pela Superintendência de Regulação Estadual.

**Perfil da Unidade:** O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) é uma unidade de Assistência 24 horas, com atendimentos de demanda espontânea para Obstetrícia, assim como demanda regulada pela Superintendência de

Regulação Estadual sendo referência para todo o Estado de Goiás, em Média e Alta Complexidade nos serviços abaixo apresentados.

### 3. CENSO DE ORIGEM DOS PACIENTES

O HEJ, uma unidade hospitalar de média e alta complexidade, abrangendo 128 leitos de internação, sendo: 45 leitos de clínica cirúrgica; 34 leitos de clínica médica, 11 leitos de clínica obstétrica e ginecológica, 6 leitos de pediatria, 10 leitos de saúde mental, 2 leitos de UCIN e 20 leitos de UTI. Contando com 5 salas de pré-parto, parto e pós-parto imediato, consultórios ambulatoriais médicos, multiprofissionais e pronto socorro.

Com base no quantitativo de **45.880** atendimentos e 2.075 procedimentos cirúrgicos realizados no HEJ, entendemos que a unidade hospitalar vem cumprindo com o seu compromisso social e coletivo junto à sociedade brasileira, contemplando grande parte do território nacional demonstrando sua função social na assistência hospitalar.

Na tabela a seguir, verifica-se a distribuição geográfica de origem dos atendimentos realizados durante o período de **setembro a dezembro de 2025**, no qual, além de Goiás, o HEJ atingiu outras 21 unidades da federação, demonstrando sua relevância para a sociedade brasileira.

**Tabela 1 - Censo de origem dos pacientes atendidos - setembro a dezembro de 2025**

Estados de origem	Atendimentos	Percentual
Goiás	45.648	99,51%
Mato Grosso	54	0,12%
São Paulo	42	0,09%
Rio Grande do Sul	24	0,05%
Mato Grosso do Sul	22	0,05%
Paraná	14	0,03%
Minas Gerais	12	0,03%
Bahia	10	0,02%

Maranhão	10	0,02%
Pará	10	0,02%
Rio Grande do Norte	9	0,02%
Distrito Federal	5	0,01%
Rondonia	5	0,01%
Roraima	3	0,01%
Tocantins	3	0,01%
Pernambuco	2	0,00%
Sergipe	2	0,00%
Alagoas	1	0,00%
Paraíba	1	0,00%
Piauí	1	0,00%
Rio de Janeiro	1	0,00%
Santa Catarina	1	0,00%
<b>Total</b>	<b>45.880</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Sistema MV Soul

## 4. INDICADORES ESTATÍSTICOS

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

Apresentamos, a seguir, as metas de produção e desempenho contratualizadas no Termo de Colaboração nº 41/2025 - SES/GO, que permitem uma variação de até  $\pm 10\%$  no volume total de cada linha contratada, bem como a respectiva produção e o desempenho alcançados pela Unidade.

#### 4.1. INDICADORES QUANTITATIVOS – PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

##### 4.1.1. Internação hospitalares (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.

#### **4.1.2. Cirurgias eletivas ambulatoriais**

O hospital deverá realizar um número mensal de cirurgias eletivas ambulatoriais que são procedimentos cirúrgicos realizados em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós-operatória.

#### **4.1.3. Cirurgias eletivas**

O Hospital deverá realizar um número mensal de cirurgias eletivas conforme perfil dos pacientes atendidos pela unidade.

#### **4.1.4. Atendimentos Ambulatoriais Médicos**

Para garantir de maneira sustentável a ampla oferta de especialidades médicas que vão ao encontro das necessidades dos usuários do SUS, o HEJ conta com um corpo clínico formado por profissionais capacitados, que atendem diversas especialidades médicas.

#### **4.1.5. Consultas Multiprofissionais em Atenção Especializada**

As terapias especializadas são oferecidas tanto a pacientes em regime de internação, quanto àqueles atendidos no ambulatório da instituição. A equipe multidisciplinar é composta por médicos, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, nutrição, odontologia.

#### **4.1.6. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) externo**

O hospital disponibiliza vagas de SADT externo à rede assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pelo Complexo Regulador Estadual, no limite da capacidade operacional do SADT, com variação de até 10%.

Apresentam-se abaixo as metas de produção e desempenho contratualizadas no Contrato de Gestão nº 41/2025 – SES/GO, no período de **1º de setembro a 31 de dezembro de 2025**, para cada linha contratada e as respectivas análises da performance executada.

**Tabela 2 - Internações hospitalares (saídas hospitalares) – setembro a dezembro de 2025**

Indicadores	Meta mensal	Set/25	Out/25	Nov/25	Dez/25	Total do período
		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
Clínicas	186	507	577	360	356	1.800
Cirúrgicas	353	222	256	215	202	895
Clínicas pediátricas	52	18	24	37	38	117
Cirúrgicas pediátricas	10	3	9	12	13	37
Obstétricas	114	207	112	88	98	505
Saúde Mental	17	27	15	22	26	90
<b>Total de internações</b>	<b>732</b>	<b>984</b>	<b>993</b>	<b>734</b>	<b>733</b>	<b>3.444</b>

Fonte: Sistema MV Soul

**Tabela 3 – Cirurgias eletivas ambulatoriais – setembro a dezembro de 2025**

Indicadores	Meta mensal	Set/25	Out/25	Nov./25	Dez/25	Total do período
		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
Cirurgias oftalmológicas que não necessitem de internação	258	233	251	231	218	933
<b>Total do indicador</b>	<b>258</b>	<b>233</b>	<b>251</b>	<b>231</b>	<b>218</b>	<b>933</b>

Fonte: Sistema MV Soul

**Tabela 4 – Cirurgias eletivas realizadas – setembro a dezembro de 2025**

Indicadores	Meta mensal	Set/25	Out/25	Nov./25	Dez/25	Total do período
		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro	96	52	67	83	66	268
Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo)	48	24	25	12	8	69
Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo	32	17	20	14	8	59
<b>Total do indicador</b>	<b>176</b>	<b>93</b>	<b>112</b>	<b>109</b>	<b>82</b>	<b>396</b>

Fonte: Sistema MV Soul

**Tabela 5 – atendimentos ambulatoriais – setembro a dezembro de 2025**

Indicadores						Total do período
	Meta mensal	Set/25	Out/25	Nov./25	Dez/25	Realizado
		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
Consulta Médica na Atenção Especializada	1700	1575	2147	1648	1565	6.934
Consulta multiprofissionais	1300	1526	2834	2134	2042	8.536
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	72	0	7	0	0	7
<b>Total do indicador</b>	<b>3072</b>	<b>3101</b>	<b>4988</b>	<b>3782</b>	<b>3607</b>	<b>15.477</b>

Fonte: Sistema MV Soul

**Tabela 6 – SADT Externo Realizados – janeiro de 2026**

Indicadores						Total do período
	Meta mensal	Set/25	Out/25	Nov./25	Dez/25	Realizado
		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
Biópsia de tireoide (paaf)	25	13	14	21	4	52
Colonoscopia	50	0	0	0	0	0
Endoscopia Digestiva Alta	100	0	0	0	0	0
Tomografia Computadorizada com e sem Contraste	20	68	94	85	143	390
Ultrassonografia Convencional	30	45	78	56	85	264
Ultrassonografia Doppler	45	10	55	71	45	181
<b>Total do indicador</b>	<b>270</b>	<b>136</b>	<b>241</b>	<b>233</b>	<b>277</b>	<b>887</b>

Fonte: Sistema MV Soul

## 4.2. INDICADORES DE DESEMPENHO

### 4.2.1. Taxa de ocupação hospitalar (TOH)

A taxa de ocupação hospitalar compreende a relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. O indicador é obtido utilizando a fórmula:  $[Total\ de\ Pacientes-dia\ no\ período / Total\ de\ leitos\ operacionais-dia\ do\ período] \times 100$ .

### 4.2.2. Tempo médio de permanência hospitalar (TMP) – em dias

Este indicador compreende a relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de saídas (por altas hospitalares, transferência externa e/ou óbitos no mesmo período), demonstrando o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.

Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente, por isso a meta pactuada como eficiente é  $\leq 5$  dias. O indicador é obtido utilizando a fórmula: *[Total de pacientes-dia no período/ Total de saídas no período]*.

#### **4.2.3. Índice de intervalo de substituição de leito (horas)**

O indicador 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. O indicador é obtido utilizando a fórmula: *[(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar*. *Obs.: após o cálculo, realizar a conversão para horas.*

#### **4.2.4. 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 após a primeira admissão. Esse indicador, pactuado como meta  $< 20\%$ , 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. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. O indicador é obtido utilizando a fórmula: *[Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100*.

#### **4.2.5. Taxa de readmissão em UTI (em até 48 horas)**

O indicador 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 falhas de projeto terapêutico e/ou altas precoces da UTI. A taxa ficou pactuada como meta em  $< 5\%$ . O indicador é obtido utilizando a fórmula:  $[N^{\circ} \text{ de retornos em até 48 horas} / N^{\circ} \text{ de saídas da UTI, por alta}] \times 100$ .

#### **4.2.6. Percentual de ocorrência de glosas no SIH – DATASUS**

O indicador mede a relação de procedimentos rejeitados no sistema de informações hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo sistema, no período. A meta estabelecida em contrato foi  $\leq 7\%$ . O indicador é obtido utilizando a fórmula:  $Total \text{ de procedimentos rejeitados no SIH} / total \text{ de procedimentos apresentados no SIH}] \times 100$ .

#### **4.2.7. Percentual de suspensão de cirurgias eletivas por condições operacionais**

O indicador mede o total de cirurgias eletivas que foram suspensas, por motivos relacionados à Unidade, tais como: falta de vaga na internação, falta de materiais, falta de medicamentos, erro de programação, falta de exame pré-operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período. A meta estabelecida em contrato foi  $\leq 5\%$ . O indicador é obtido utilizando a fórmula:  $[No \text{ de cirurgias eletivas suspensas} / No \text{ de cirurgias eletivas (mapa cirúrgico)}] \times 100$ .

#### **4.2.8. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano**

O indicador que sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo clinicamente aceitável. A meta estabelecida em contrato foi de  $< 50\%$ . O indicador é obtido utilizando a fórmula:  $[Número \text{ de cirurgias realizadas com TMAT expirado dividido} / Número \text{ de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade}] \times 100$ .

#### **4.2.9. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano**

O indicador que sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo clinicamente aceitável conforme

critério SWALIS de classificação de prioridade atribuído pelo médico assistente. A meta estabelecida em contrato foi de < 25%. O indicador é obtido utilizando a fórmula:  $[Número\ de\ cirurgias\ realizadas\ com\ TMAT\ expirado\ dividido / Número\ de\ cirurgias\ eletivas\ em\ lista\ de\ espera\ e\ encaminhado\ para\ unidade] \times 100$ .

#### **4.2.10. Percentual de partos cesáreos**

O indicador mede o percentual de cirurgias cesáreas realizadas em relação ao número total de partos. A meta estabelecida em contrato foi  $\leq 15\%$ . O indicador é obtido utilizando a fórmula:  $[N^{\circ}\ de\ cesáreas\ realizadas / Total\ de\ partos\ realizados] \times 100 - mensal$ .

#### **4.2.11. Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea**

O indicador é instrumento para identificação de grupos de mulheres clinicamente relevantes nos quais haja diferenças nas taxas de cesárea, permitindo comparações em uma mesma instituição ao longo do tempo ou entre diferentes instituições. Quando se aplica a classificação, otimiza o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local. Avalia a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesárea. Avalia a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo. Avalia a qualidade dos dados colhidos. A meta estabelecida em contrato foi 100%. O indicador é obtido utilizando a fórmula:  $[N^{\circ}\ de\ parturientes\ submetidas\ a\ cesárea\ classificadas\ pela\ Classificação\ de\ Robson\ no\ mês / Total\ de\ parturientes\ submetidas\ a\ cesárea\ no\ mês] \times 100$ .

#### **4.2.12. Percentual de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas**

O indicador se refere a proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado). A meta estabelecida em contrato foi  $\geq 70\%$ . O indicador é obtido utilizando a fórmula:  $[Número\ de\ exames\ de\ imagem\ liberados\ em\ até\ 72\ horas / Total\ de\ exames\ de\ imagem\ realizados\ no\ período\ multiplicado] \times 100$ .

#### **4.2.13. Percentual de casos de Doenças/Agravos/Eventos de notificação compulsório imediata (DAEI) digitadas oportunamente - até 7 dias**

Avaliar 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/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN). A meta estabelecida em contrato foi de  $\geq$  80%. O indicador é obtido utilizando a fórmula: *[Número de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno - até 7 dias/ Número de casos de DAEI digitadas (no período/mês)] x 100.*

#### **4.2.14. Percentual de casos de Doenças/Agravos/Eventos de notificação compulsório imediata (DAEI) investigados oportunamente - até 48 horas da data da notificação**

Avaliar 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  $\geq$  80% a 48 horas da data de notificação) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/e-SUS/e-SUS- SINAN). O indicador é obtido utilizando a fórmula: *[Número de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno - até 48 horas da data da notificação/ Número de casos de DAEI notificadas (no período/mês)] x 100.*

#### **4.2.15. Taxa de acurácia do estoque**

Monitorar a exatidão do estoque de medicamentos hospitalar geridos pela Farmácia. A avaliação da acuracidade indica se o estoque e as compras estão coerentes com a realidade da instituição e se há falhas durante o processo de controle de estoque. A meta estabelecida em contrato foi de  $\geq$  95%. O indicador é obtido utilizando a fórmula: *[Número total de itens contados em conformidade / Número total de itens padronizados cadastrados no sistema] x 100.*

#### **4.2.16. Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos**

Mensurar o valor financeiro atribuído aos medicamentos vencidos na unidade de saúde, permitindo implementação de ações que impactem na redução

da perda de medicamentos. A meta estabelecida em contrato foi de  $\leq 2\%$ . O indicador é obtido utilizando a fórmula:  $[\text{Valor financeiro da perda de medicamentos padronizados por validade expirada (R\$)} / \text{valor financeiro de medicamentos inventariado no período(R\$)}] \times 100$ .

#### 4.2.17. Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas

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. A meta estabelecida em contrato foi de  $\geq 90\%$ . O indicador é obtido utilizando a fórmula:  $[\text{Número absoluto de intervenções registradas} / \text{Número de intervenções aceitas}] \times 100$ .

Tabela 8 –SADT Interno Realizados – setembro a dezembro de 2025

Indicadores	Meta mensal	Set/25	Out/25	Nov/25	Dez/25	%de Alcance no período
		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
1. Taxa de Ocupação Hospitalar	$\geq 85\%$	87,34%	86,64%	88,19%	81,35%	101,04%
2. Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)	$\leq 5$ dias	3,41	3,67	4,60	4,40	119,60%
3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)	$\leq 24$ h	0,49	0,57	0,62	0,99	197,22%
4. Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	$\leq 5\%$	1,92%	0,00%	3,03%	0,00%	175,23%
5. Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	$\leq 20\%$	6,53%	10,03%	9,03%	9,16%	156,56%
6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	$\leq 7\%$	2,06%	6,40%	7,30%	10,98%	104,52%
7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos)	$\leq 5\%$	3,98%	0,98%	4,36%	6,93%	118,80%
8. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) - para o primeiro ano	$<25\%$	3,05	9,68	1,30	0,52	192,73%
9. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) - para o segundo ano	$\leq 15\%$	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Não se aplica
10. Percentual de partos cesáreos	$> 80\%$	74,12%	72,22%	61,76%	61,18%	-248,80%

11. Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	<b>100%</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
12. Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	<b>≥ 70%</b>	92,15%	98,88%	100,00%	95,15%	137,92%
13. Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	<b>≥ 80%</b>	87,53%	99,67%	99,80%	97,68%	120,21%
14. Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação	<b>≥ 80%</b>	50,12%	95,20%	97,40%	98,45%	106,62%
15. Taxa de acurácia do estoque	<b>≥ 95%</b>	79,03%	97,79%	99,79%	95,80%	98,00%
16. Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos	<b>≤ 2 %</b>	0,19%	0,59	1,79%	1,89%	114,29%
17. Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas	<b>≥ 90%</b>	98,69%	99,74%	99,54%	96,68%	109,63%

Fonte: Sistema MV Soul

## 5. EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRABALHO PROPOSTOS PELA O.S.

Apresentam-se abaixo a execução dos serviços propostos no período de setembro a dezembro de 2025, para as linhas de contratação dos indicadores assistenciais e de desempenho e qualidade e as respectivas análises da performance executada:

### 5.1. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

Tabela 4 – Indicadores de produção assistencial – setembro a dezembro de 2025

Atividades			
1. Saídas Hospitalares	Meta	Realizado	% de Execução da Meta
Clínicas	<b>744</b>	1.800	241,94%
Cirúrgicas	<b>1.412</b>	895	63,39%
Pediátricas	<b>208</b>	117	56,25%

Cirúrgicas Pediátrica	40	37	92,50%
Obstétricas	456	505	110,75%
Saúde Mental	68	90	132,35%
<b>Total de saídas hospitalares</b>	<b>2.928</b>	<b>3.444</b>	<b>117,62%</b>
<b>2. Cirurgias eletivas ambulatoriais</b>	<b>Meta</b>	<b>Realizado</b>	<b>% de Execução da meta</b>
Cirurgias oftalmológicas que não necessitem de internação	1032	933	90,41%
<b>Total de Cirurgias Eletivas Ambulatoriais</b>	<b>1032</b>	<b>933</b>	<b>90,41%</b>
<b>3. Cirurgias eletivas</b>	<b>Meta</b>	<b>Realizado</b>	<b>% de Execução da meta</b>
Cirurgias eletivas de alto giro	384	268	69,79%
Cirurgias eletivas de média ou alta complexidade (sem alto custo)	192	69	35,94%
Cirurgias eletivas de alta complexidade e alto custo (com ou sem OPME)	128	59	46,09%
<b>Total de Cirurgias Eletivas</b>	<b>704</b>	<b>396</b>	<b>56,25%</b>
Demais cirurgias (cirurgias de urgência e emergência)	-	746	-
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>1.142</b>	<b>-</b>
<b>4. Atendimento Ambulatorial</b>	<b>Meta</b>	<b>Realizado</b>	<b>% de Execução da meta</b>
Consulta médica na Atenção Especializada	6.800	6.934	101,97%
Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	5.200	8.536	164,15%
Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	288	7	2,43%
<b>Total de atendimentos Ambulatorial</b>	<b>12.288</b>	<b>15.477</b>	<b>125,95%</b>
<b>5. SADT Externo realizados</b>	<b>Meta</b>	<b>Realizado</b>	<b>% de Execução da meta</b>
Biópsia de tireoide (paaf)	100	52	52,00%
Colonoscopia	200	0	0,00%
Endoscopia Digestiva Alta	400	0	0,00%
Tomografia com e sem contraste	80	390	487,50%
Ultrassonografia convencional	120	264	220,00%
Ultrassonografia Doppler	180	181	100,56%
<b>Total de SADT Externo Realizados</b>	<b>1080</b>	<b>887</b>	<b>82,13%</b>

Fonte: Sistema MV Soul/HEJ

### 5.1.1. Análise Crítica dos Indicadores de Produção – Setembro a dezembro de 2025

As metas assistenciais referentes às cirurgias eletivas e ao SADT externo não foram integralmente alcançadas devido a fatores predominantemente externos à governança do Hospital Estadual de Jataí (HEJ), relacionados ao fluxo regulatório da SES/GO, absenteísmo de pacientes e restrições estruturais ainda em adequação.

#### **Cirurgias Eletivas:**

Baixa ocupação das vagas ofertadas pela Regulação Estadual, resultando em perdas primárias entre 38% e 55% nos meses analisados.

#### **Fatores determinantes:**

- Não confirmação das vagas pelas Secretarias Municipais de Saúde;
- Ausência de deslocamento do paciente no dia agendado;
- Reagendamentos tardios pelos municípios no GERCON (sistema digital do SUS);
- Demanda reprimida em especialidades específicas (ex.: Ortopedia); e
- Absenteísmo elevado e cancelamentos no dia da cirurgia, inviabilizando reposição devido ao preparo pré-operatório necessário.

#### **Impactos:**

- Ociosidade de sala, equipe e materiais;
- Os efeitos da transição contratual e fechamento temporário do ambulatório (agosto e início de setembro), que comprometeram o fluxo de primeiras consultas e, conseqüentemente, as indicações cirúrgicas subsequentes; e
- Limitações regulatórias, e não operacionais, foram o principal fator limitante.

O HEJ manteve capacidade instalada plena, com oferta regular de agendas, equipes completas e salas cirúrgicas disponíveis, inclusive com ampliação progressiva do escopo.

### 5.1.1.2. SADT Externo – Principais causas

Endoscopia e colonoscopia ainda não operacionais, devido à necessidade de adequações físicas e estruturais exigidas pela Vigilância Sanitária, com projeto aprovado e investimentos solicitados à SES.

Perdas primárias elevadas (≈59%) nos demais exames ofertados, principalmente por:

- Falhas na confirmação de pré-agendamentos pelas Secretarias Municipais;
- Divergências no fluxo de regulação no GERCON; e
- Impossibilidade de convocação de paciente substituto dentro do prazo operacional.

Apesar das limitações, houve ampliação de ultrassonografia e tomografia como medida mitigadora temporária.

### 5.1.1.3. Situação Operacional do HEJ

O hospital dispõe de capacidade instalada superior ao volume efetivamente regulado, podendo cumprir integralmente as metas caso haja regularidade no envio de pacientes. Não houve limitação assistencial, estrutural ou administrativa interna. As causas estão relacionadas ao fluxo regulatório e à insuficiência de pacientes encaminhados.

#### **Medidas Mitigadoras Implementadas:**

- Expansão da carteira cirúrgica (ex.: bucomaxilofacial).
- Reestruturação da carteira de Ortopedia em subespecialidades.
- Conclusão dos escopos técnicos de Cirurgia Pediátrica e Otorrinolaringologia.
- Busca ativa reforçada (call center) para reduzir absenteísmo, filas únicas.
- Solicitação formal de investimentos para abertura do serviço de Endoscopia/Colonoscopia.

## 5.2. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tabela 5 – Indicadores de desempenho – setembro a dezembro de 2025

Indicadores Qualitativos (Desempenho)	Setembro a Dezembro/2025		
	Meta	Resultado	% de Execução da Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥ 85%	85,88%	101,04%
Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)	≤ 5 dias	4,02	119,62%
Índice de Intervalo de Substituição (Horas)	≤ 24 h	0,67	197,22%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%	1,24%	175,23%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	< 20%	8,69%	156,56%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH – DATASUS	≤ 7%	5,25%	124,96%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais	≤ 5%	4,06%	118,80%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano	< 50%	3,64%	192,73%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	< 25%	0%	Não se aplica
Percentual de partos cesáreos	≤ 15%	69,32%	-248,80%
Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%	100,00%	100,00%
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 72 horas	≥ 70%	96,55%	137,92%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 80%	96,17%	120,21%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação	≥ 80%	85,29%	106,62%
Taxa de acurácia do estoque	≥ 95%	93,10%	98,00%
Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos	≤ 2%	1,11%	144,29%
Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas	≥ 90%	98,66%	109,63

### 5.2.1. Análise Crítica dos Indicadores de Desempenho – Setembro a Dezembro de 2025

O indicador de partos cesáreos não atingiu a meta pactuada devido ao perfil assistencial das gestantes atendidas no HEJ. A unidade não realiza acompanhamento pré-natal, atividade sob responsabilidade da rede municipal de saúde, de modo que as gestantes chegam ao hospital apenas no momento do parto, muitas vezes com histórico clínico desconhecido, acompanhamento incompleto e, em grande parte, já com indicação prévia de cesariana definida pela atenção primária ou pela equipe de referência do município.

Essa condição restringe a possibilidade de condução do parto vaginal, pois a equipe hospitalar recebe as pacientes sem tempo adequado para indução, monitoramento evolutivo ou tentativa de parto normal, especialmente nos casos de:

- encaminhamento tardio em trabalho de parto avançado ou com complicações;
- histórico obstétrico prévio (cesáreas anteriores, comorbidades);
- ausência de informações completas do pré-natal; e
- avaliação clínica que, na chegada, já configura indicação cirúrgica imediata.

Dessa forma, o percentual de cesáreas reflete o perfil de risco das gestantes encaminhadas pela rede municipal, e não limitações da equipe ou da estrutura hospitalar. O HEJ mantém protocolos assistenciais atualizados e prioriza sempre a segurança materno-fetal, porém depende do fluxo adequado de pré-natal para potencializar o parto vaginal e equilibrar o indicador.

## 6. 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 6, no período de **01 de setembro a 31 de dezembro de 2025**, para cada linha contratada e as respectivas análises da performance executada.

**Tabela 6 - Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco – setembro a dezembro de 2025**

AACR (Protocolo Manchester)			Produção	(%) Representação
Emergência	0 min	AACR - Vermelho	71	<b>0,39%</b>
Muito Urgente	10 min	AACR - Laranja	907	<b>4,87%</b>
Urgente	50 min	AACR - Amarelo	5.163	<b>27,72%</b>
Pouco Urgente	120 min	AACR - Verde	8.414	<b>45,15%</b>
Não Urgente	240 min	AACR - Azul	2.772	<b>14,87%</b>
Em branco	-	-	1.305	<b>7,00%</b>
<b>Total</b>			<b>18.632</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Relatórios MVSOul, Censo Urgência/Emergência, 2025

## 7. INDICADORES DE GESTÃO

O indicador de gestão tem como objetivo avaliar a eficiência, a eficácia, a economicidade, a qualidade e a produtividade das ações da entidade, considerando os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição.

### 7.1. ECONOMICIDADE – FINANCEIRO/CONTÁBIL

#### 7.1.1. Índice de Eficiência Financeira – HEJ

Apresenta-se, a seguir, por meio do Índice de Eficiência Financeira, o nível de liquidez financeira alcançado pela Unidade, referente ao período de setembro a dezembro de 2025, utilizando a seguinte fórmula: *(saldo inicial + entradas do período) / total de saídas do período*.

Tabela 7 - Índice de Eficiência Financeira – setembro a dezembro de 2025

Índice de Eficiência Financeira	
Saldo inicial	9.775.232,94
Total de entradas	9.648.010,53
Total de saídas	7.261.711,84
<b>Resultado</b>	<b>2,67</b>

Fonte: CFIN/AGIR

#### 7.1.2. Índice Contábil

Conforme pode ser analisado na tabela abaixo, o HEJ demonstra um equilíbrio no índice contábil 1,00. Este índice se manteve estável ao longo dos meses de setembro a dezembro de 2025, pois efetuamos o confronto de todas as receitas com as despesas, revelando eficiência e economicidade na gestão dos recursos por parte da unidade hospitalar.

Tabela 8 - Índice Contábil – setembro e dezembro de 2025

	Receitas (R\$)	Despesas (R\$)	Índice
Índice Contábil	41.318.249,84	41.318.249,84	1,00

Fonte: CCONT/AGIR

## 7.2. PESQUISA DE SATISFAÇÃO – METODOLOGIA NET PROMOTER SCORE (NPS)

### 7.2.1. Pesquisa de satisfação – NPS – Geral

A seguir apresentamos os resultados das pesquisas consolidadas - Ambulatório e Internação, relativo ao mês de setembro a dezembro de 2025.

O resultado atingido corresponde a zona de excelência e contempla classificação máxima na metodologia NPS, apresentado por meio da tabela a seguir:

Tabela 9 - Pesquisa de Satisfação – NPS Geral

Mês referência: setembro a dezembro de 2025				
Classificação dos clientes	Quantidade de clientes	%	NPS	Zona de Aperfeiçoamento
Total de clientes detratores	21	5,03%	47,01%	
Total de clientes neutros	179	42,93%		
Total de clientes Promotores	217	52,04%		
<b>Total Geral de Respostas</b>	<b>417</b>	<b>100,00%</b>		

Fonte: SAU/Ouvidoria/HEJ

### 7.2.2. TAXA DE ABSENTEÍSMO DOS COLABORADORES

Na tabela abaixo evidenciamos o índice percentual de absenteísmo extraído do sistema eletrônico, referente aos meses de setembro a dezembro de 2025.

Tabela 10 - Absenteísmo em Recursos Humanos

Taxa de absenteísmo em RH – setembro a dezembro de 2025	
Vínculo	Resultado
Celetista	7,04%

Fonte: SESMT/HEJ

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

Este item apresenta as medidas implementadas para o saneamento de disfunções estruturais identificadas ao longo do período, visando eliminar ou mitigar fatores que tenham prejudicado ou inviabilizado o alcance das metas fixadas, assegurando a recuperação da eficiência operacional e o cumprimento dos resultados pactuados.

### **8.1. Engenharia Clínica, Equipamentos médicos e não médicos, Manutenção predial**

**Setembro de 2025**

#### **Engenharia Clínica**

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

#### **Equipamentos médicos e não médicos**

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

#### **Manutenção predial**

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

**Outubro de 2025**

## **Engenharia Clínica**

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

## **Equipamentos médicos e não médicos**

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

## **Manutenção predial**

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

## **Novembro de 2025**

### **Engenharia Clínica**

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

### **Equipamentos médicos e não médicos**

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

### **Manutenção predial**

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

## **Dezembro de 2025**

### **Engenharia Clínica**

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

## Equipamentos médicos e não médicos

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

## Manutenção predial

No período avaliado, não foram registradas intercorrências que pudessem comprometer o cumprimento das metas estabelecidas em contrato.

# 9. IMPACTO DO BENEFÍCIO SOCIAL E INSTITUCIONAL GERADO PELA GESTÃO DA UNIDADE

Este item apresenta o impacto do benefício social gerado pela gestão da unidade, por meio de ações realizadas neste ano que promoveram melhorias institucionais e assistenciais, como certificações, capacitações, iniciativas de humanização, desenvolvimento tecnológico e eventos de promoção à saúde, evidenciando o número de pessoas impactadas e, quando possível, a economia gerada.

## 9.1. Nascer HEJ

No dia 19 de setembro de 2025, o Hospital Estadual de Jataí (HEJ), sob a gestão da Agir Saúde, celebrou o desenvolvimento e a atuação do Programa Nascer HEJ. O projeto consolida-se como uma iniciativa de alta relevância social, focada no suporte integral às gestantes e suas famílias na região de Jataí.



## 9.2. Alimentação Saudável

A equipe de Nutrição do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) promoveu, nos dias 15 e 16 de outubro, uma atividade educativa voltada aos pacientes pediátricos da unidade, com foco na promoção da alimentação saudável. De maneira lúdica e interativa, os nutricionistas apresentaram às crianças e seus acompanhantes a importância de incluir frutas, verduras e legumes na rotina alimentar.

Durante a ação, os profissionais explicaram as cores dos alimentos e os benefícios nutricionais associados a cada grupo. Para tornar o momento ainda mais divertido, um dos integrantes da equipe caracterizou-se como o “Palhaço Alfaca”, animando o público e participando da distribuição de pipoca e brinquedos para as crianças.



Equipe de nutrição do hospital Estadual de Jataí

## 9.3. Humanização HEJ

A paciente do HEJ, Irany Gomes, recebeu uma visita especialmente emocionante no último fim de semana. Seus familiares viajaram de Rio Verde até Jataí para acompanhá-la durante o período de visita estendida na unidade. Dona Irany ficou visivelmente feliz ao reencontrar a família, cercada de amor, cuidado e afeto, vivendo momentos que certamente se tornarão lembranças inesquecíveis enquanto segue recebendo assistência de saúde na instituição.



#### 9.4. Humanização Hospitalar: Impacto da Intervenção Musical do Grupo Raiz no HEJ

No dia 17, o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) promoveu uma ação de humanização com a visita do Grupo Raiz. O conjunto percorreu os leitos e áreas comuns da unidade apresentando clássicos da música sertaneja, integrando pacientes, acompanhantes e o corpo de colaboradores em um ambiente de harmonia e bem-estar.

A iniciativa fundamenta-se na compreensão de que o cuidado hospitalar transcende o tratamento clínico. A música, como ferramenta terapêutica, demonstrou eficácia em proporcionar alívio emocional e fortalecer o processo de recuperação dos internos. O HEJ expressa seu reconhecimento ao Grupo Raiz pelo compromisso social e pela contribuição para um ambiente hospitalar mais humano e acolhedor.



## 10. AUDITORIA EXTERNA

As unidades hospitalares geridas pela Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, estão submetidas à realização de auditorias externas independentes, com vistas a assegurar a conformidade, a transparência e a qualidade da gestão.

No âmbito contábil-financeiro, é realizada auditoria externa independente pela empresa **WORK7 Auditores Independentes Ltda.**, em conformidade com as Normas Brasileiras de Auditoria (CFC e IBRACON), abrangendo a análise das demonstrações contábeis, controles internos, regularidade fiscal, atos estatutários e demais procedimentos pertinentes à gestão administrativa e financeira. Ao final do exercício, são emitidos Relatório Circunstanciado sobre as Demonstrações Financeiras, Relatório de Controles Internos e Relatório dos Auditores Independentes, com opinião técnica acerca da conformidade contábil da organização.

Adicionalmente, também em atendimento aos Termos Aditivos dos Contratos de Gestão, é realizada auditoria externa independente para atestar a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação do Usuário, conduzida por meio do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Esse trabalho é executado pelo **Instituto Sondage**, com aplicação da metodologia Net Promoter Score (NPS), contemplando os atendimentos ambulatoriais e de internação. Os resultados são consolidados em relatório técnico e encaminhados à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) para fins de avaliação da assistência prestada.

Dessa forma, as auditorias externas realizadas abrangem tanto a conformidade contábil-financeira quanto a validação dos indicadores de satisfação dos usuários, reforçando o compromisso institucional com a transparência, a governança e a qualidade dos serviços prestados.

## 11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório foi elaborado em consonância com o termo de colaboração Nº 41/2025 - SES/GO, contendo informações emitidas pelo Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ), cujos resultados gerais, de setembro a dezembro de 2025, foram apresentados pela Diretoria e avaliados e aprovados pelo Conselho de Administração em cumprimento pleno aos desígnios do Contrato de Gestão e que, em suma e de maneira proativa, concordou que a unidade colaborou para a construção de melhores condições de saúde para a sociedade.

Destacamos ainda que a busca pela melhoria contínua faz parte das atividades diárias executadas pela assistência e serviços de apoio e administrativo na unidade, atentos às oportunidades de melhorias dos fluxos e processos, viabilizando o cumprimento da missão institucional, o alcance dos objetivos estratégicos e a melhoria dos indicadores.

Diante do apresentado, o Conselho de Administração, representante da Sociedade Civil Organizada que compõem a referida estrutura, coloca-se no papel de guardião da sociedade, apoiando e respaldando as ações da AGIR em suas deliberações e decisões ao encontro dos interesses dos cidadãos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando o compromisso da referida Organização Social de realizar seus trabalhos dentro dos preceitos legais e éticos, conforme preconiza a boa gestão.

**ANDRÉ ALVES DOS SANTOS**  
Diretor Geral do HEJ

**LUCAS PAULA DA SILVA**  
Superintendente Executivo