



# Relatório Mensal de Ações e Atividades

Termo de Colaboração nº 097/2024

*Período: Abril/2026*



**HUGO**  
Hospital de  
Urgências de Goiás  
Dr. Valdemiro Cruz

**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



1. Apresentação .....	1
2. Indicadores de Produção Assistencial .....	1
3. Atendimentos e Consultas Ambulatoriais .....	3
4. Indicadores de Desempenho .....	6
5. Indicadores Financeiros .....	8
6. Impacto do Benefício Social .....	13
7. Operações .....	63
8. Núcleo de Práticas, Qualidade e Segurança do Paciente .....	78
9. Ensino Corporativo .....	80

## 1. Apresentação

O Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) é uma unidade de referência no atendimento de alta complexidade em urgência e emergência no estado de Goiás, sob a gestão da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, por meio do Termo de Colaboração nº 097/2024 celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde.

O presente relatório tem por finalidade apresentar os resultados assistenciais, operacionais e financeiros referentes ao período, incluindo análises críticas voltadas ao monitoramento, avaliação e aprimoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados.

## 2. Indicadores de Produção Assistencial

### 2.1. Internações e Saídas Hospitalares

Internação (Saídas Hospitalares)	Meta	Produção
Clínica cirúrgica	1.118	871
Clínica médica	328	306
Clínica neurológica	46	135
<b>Total de saídas hospitalares</b>	<b>1.492</b>	<b>1.312</b>

Discriminação de Cirurgias	Meta	Produção
Eletivas e 2º tempo	NA	693
Urgências	NA	342
<b>Total de cirurgias realizadas</b>	<b>NA</b>	<b>1.035</b>

### 2.2. Análise Crítica

O mês de abril de 2026 registrou 1.312 saídas hospitalares, correspondendo a 87,9% da meta contratualizada (1.492 saídas). Em relação a março/2026 (1.343 saídas), observa-se discreta redução de 2,3%, compatível com o menor número de dias úteis no mês.

A Clínica Neurológica manteve desempenho expressivamente acima da meta (293,5%), reafirmando o HUGO como referência em neurocirurgia e neurologia clínica

na rede estadual. A Clínica Médica atingiu 93,3% da meta contratualizada e a Clínica Cirúrgica alcançou 77,9%, mantendo patamar equivalente ao do mês anterior.

Foram realizados 1.035 procedimentos cirúrgicos no período, sendo 693 eletivas/2º tempo e 342 de urgência, refletindo manutenção do volume cirúrgico global em relação a março (1.032 procedimentos) e a continuidade da resposta da unidade às demandas assistenciais de média e alta complexidade.

### 2.3. Estratégias de Mitigação e Gestão de Risco Sanitário

O Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS), em interface sistemática com o Núcleo Interno de Regulação (NIR), implementa estratégias contínuas de gerenciamento de precauções de contato e aerossóis, visando à mitigação dos impactos operacionais decorrentes do isolamento, à preservação da capacidade regulatória de leitos e à garantia da segurança do paciente, conforme preconizado pelas normas ANVISA.

As intervenções estruturadas compreendem:

1. Protocolo de descolonização para MRSA — Monitoramento ativo e aplicação de medidas de descolonização baseadas em evidências (clorexidina degermante e mupirocina nasal), com vistas à redução da transmissão cruzada, à contenção de surtos e ao encurtamento do período de isolamento por contato, em conformidade com as diretrizes da ANVISA;
2. Coorte e reavaliação diária de precauções — Organização de coortes de pacientes colonizados/infectados por microrganismos multirresistentes (MMR) e revisão diária, pela equipe do SCIH, da manutenção ou descontinuação das precauções especiais, promovendo alocação racional de leitos e equipamentos de proteção individual (EPI);
3. Culturas de vigilância ativa nas UTIs — Realização semanal de swabs de vigilância (retal e nasal) em pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva, para detecção precoce de colonização por enterobactérias produtoras de carbapenemases, *Acinetobacter baumannii* carbapenem-resistente e *Enterococcus* resistente à vancomicina, subsidiando condutas assistenciais e medidas de barreira oportunas;
4. Investigação precoce de tuberculose — Coleta de amostras respiratórias para baciloscopia, cultura de *Mycobacterium tuberculosis* e teste molecular rápido (GeneXpert MTB/RIF) em pacientes com síndrome respiratória suspeita,

assegurando diagnóstico oportuno, ativação de precauções para aerossóis e gerenciamento adequado do fluxo assistencial, diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose;

5. Investigação etiológica de diarreia associada a antimicrobianos — Pesquisa direcionada de *Clostridioides difficile* (toxinas A/B e/ou PCR) em pacientes com diarreia e exposição recente a antimicrobianos ou inibidores de bomba de prótons, para prevenção de surtos intra-hospitalares, implementação de precauções de contato reforçadas e adequação terapêutica, em consonância com as diretrizes da ANVISA.

### 2.3.1 Panorama Atual — Pacientes em Precaução Especial

O hospital registrou, em média, no presente período, 75 pacientes sob precauções especiais. O perfil de precauções evidencia predominância das precauções de contato (71 casos; 94,7%), seguidas das precauções para aerossóis (1 caso; 1,3%) e da associação contato + aerossóis (1 caso; 1,3%).

O perfil etiológico demonstra predomínio de *Klebsiella pneumoniae* (45 casos; 47,9%), seguida de *Acinetobacter baumannii* (33 casos; 35,1%) e *Enterococcus faecium* (6 casos; 6,4%). E ainda, *Pseudomonas aeruginosa* (5 casos; 5,3%), *Staphylococcus aureus* – MRSA (3 casos; 3,2%), *Serratia marcescens* (1 caso; 1,1%).

## 3. Atendimentos e Consultas Ambulatoriais

Atendimentos Ambulatoriais	Meta	Produção
Consulta médica na Atenção Especializada	3.400	3.287
Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	1.700	1.787
Pequeno procedimento ambulatorial (faturamento via BPA)	285	583
Hospital Dia	365	913

### 3.1. Análise Crítica

O ambulatório do HUGO realizou atendimentos em abril de 2026 com desempenho consistente em todas as modalidades. A consulta médica na Atenção Especializada atingiu 3.287 atendimentos (96,7% da meta de 3.400), e as consultas

multiprofissionais alcançaram 1.787 atendimentos (105,1% da meta de 1.700), refletindo a manutenção da oferta na atenção especializada.

Os pequenos procedimentos ambulatoriais superaram a meta contratual em 104,6% (583 realizados versus meta de 285), demonstrando expressiva capacidade de absorção da demanda de procedimentos de menor complexidade.

O Hospital Dia seguiu em operação regular no mês de abril, em conformidade com o escopo assistencial pactuado.

### 3.2. Produção SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico)

SADT EXTERNO	Meta	Ofertado	Realizado
Colonoscopia	100	64	31
Endoscopia Digestiva	80	51	32
Endoscopia vias urinárias	20	0	0
Tomografia Computadorizada (c/ ou s/ contraste)	125	190	234
Ultrassonografia	60	96	64
Ultrassonografia/Doppler	80	88	157
<b>Total</b>	<b>465</b>	<b>489</b>	<b>518</b>

SADT INTERNO	Meta	Produção
Colonoscopia	NA	28
Endoscopia Digestiva	NA	183
Endoscopia vias urinárias	NA	0
Tomografia Computadorizada (c/ ou s/ contraste)	NA	5.870
Ultrassonografia	NA	133
Ultrassonografia/Doppler	NA	78
Análises Clínicas	NA	65.816
Ecocardiograma	NA	264
Eletrocardiograma	NA	863
Raio X	NA	4.290
Broncoscopia	NA	15
<b>Total</b>	<b>NA</b>	<b>77.540</b>

No mês de abril de 2026, o SADT Externo ofertou 489 exames e realizou 518, correspondendo a 111,4% da meta contratualizada de 465 exames.

A Tomografia Computadorizada manteve-se como o exame de maior volume, com 190 ofertados e 234 realizados, superando a meta de 125 em 87,2%. O número de exames realizados superior ao ofertado decorre da absorção de demanda reprimida de meses anteriores e de encaixes de urgência, padrão já observado em períodos anteriores. A Ultrassonografia Doppler também superou a oferta, com 157 realizados frente a 88 ofertados, evidenciando elevada demanda por esse exame na rede.

A Colonoscopia registrou 64 vagas ofertadas e 31 realizadas, e a Endoscopia Digestiva apresentou 51 ofertadas e 32 realizadas, ambas abaixo da meta contratualizada. Esse desempenho reflete um gargalo estrutural inerente ao perfil assistencial do HUGO: os equipamentos e equipes de endoscopia são compartilhados entre a agenda externa e a demanda interna, sendo que os exames endoscópicos internos — em sua maioria procedimentos de urgência em pacientes de maior gravidade — têm prioridade na alocação do recurso.

O SADT Interno totalizou 77.540 exames no período, com destaque para as Análises Clínicas (65.816 exames), Tomografias Computadorizadas internas (5.870) e Raios X (4.290), representando incremento global em relação a março (74.519 exames), compatível com o volume de internações e atendimentos de urgência observado no mês.

### 3.3. Atendimento de Urgência e Emergência

Atendimento de Urgência	Quantidade	Internados	Taxa de conversão
Regulados	1.593	734	46,08%
SAMU/Bombeiro	533	299	56,10%
Demanda Espontânea	654	226	34,56%
<b>Total</b>	<b>2.780</b>	<b>1.259</b>	<b>45,29%</b>
Atendimento de Urgência	Quantidade		
AACR Vermelho	66		
AACR Laranja	446		
AACR Amarelo	1.793		
AACR Verde	184		
AACR Azul	4		
Sem classificação	287		
<b>Total</b>	<b>2.780</b>		

Em abril de 2026, o HUGO registrou 2.780 atendimentos de urgência e emergência, com 1.259 pacientes internados, correspondendo a uma taxa de conversão geral de 45,29%. O volume manteve-se em patamar equivalente ao de março (2.800 atendimentos), com leve elevação na taxa de conversão (45,29% versus 44,86%), refletindo a manutenção do perfil de gravidade dos pacientes admitidos.

Os atendimentos regulados representaram a maior parcela do volume (1.593), com taxa de conversão de 46,08%, seguidos dos atendimentos via SAMU/Bombeiro (533), que apresentaram a maior taxa de conversão do período (56,10%), reafirmando a gravidade dos casos encaminhados por essas vias. A demanda espontânea totalizou 654 atendimentos, com taxa de conversão de 34,56%.

A distribuição por classificação de risco evidencia predomínio de casos AACR Amarelo (1.793; 64,5% do total), seguidos de AACR Laranja (446; 16,0%) e AACR Verde (184; 6,6%). Os casos AACR Vermelho totalizaram 66 atendimentos, reafirmando a capacidade do hospital em absorver emergências de alta complexidade dentro do seu perfil de referência estadual.

#### 4. Indicadores de Desempenho

O Termo de Colaboração estabelece que 10% do valor orçamentário global é destinado à parcela variável de desempenho, vinculada diretamente ao cumprimento de metas assistenciais, operacionais e de qualidade dos serviços prestados.

Indicadores de Desempenho	Meta	Resultado
1. Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	≥ 90%	<b>118,26%</b>
2. Tempo Médio de Permanência (TMP)	≤ 7 dias	<b>8,60</b>
3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 24h	<b>9,96</b>
4. Taxa de Readmissão Hospitalar (até 29 dias)	< 8%	<b>4,88%</b>
5. Taxa de Readmissão em UTI (até 48 horas)	< 5%	<b>2,59%</b>
6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH	≤ 7%	<b>5,15%</b>
7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas	≤ 5%	<b>0,86%</b>
8. Percentual de cirurgias eletivas com TMAT expirado para o segundo ano	< 25%	<b>5,44%</b>
9. Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1	<b>1,16</b>
10. Exames de imagem com resultado em até 10 dias	≥ 70%	<b>100%</b>
11. DAEL digitados oportunamente	≥ 80%	<b>97,47%</b>
12. DAEL investigados oportunamente	≥ 80%	<b>100%</b>

13. Percentual de perda financeira por vencimento de medicamentos	≤ 1%	<b>0,19%</b>
14. Taxa de acurácia do estoque	≥ 95%	<b>94,11%</b>
15. Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas	≥ 85%	<b>93,48%</b>

#### 4.1. Análise Crítica

Dos 15 indicadores de desempenho monitorados em abril de 2026, a maioria encontra-se dentro das metas contratualizadas, evidenciando a manutenção da qualidade assistencial e operacional da unidade.

A Taxa de Ocupação Hospitalar (118,26%) supera a meta mínima de 90%, com o hospital operando acima de sua capacidade instalada. O Índice de Intervalo de Substituição (9,96h) apresentou redução em relação a março (11,26h), indicando recuperação do giro de leitos no período.

O Tempo Médio de Permanência (8,60 dias) manteve-se em patamar equivalente ao de março (8,52 dias), refletindo o perfil de alta complexidade dos pacientes internados e as permanências prolongadas em UTI. Ações de gestão de leitos e reuniões multidisciplinares para otimização de altas seguem em andamento.

A Taxa de Readmissão Hospitalar (4,88%) apresentou leve elevação em relação a março (4,15%), mantendo-se, contudo, dentro da meta de <8%. A Taxa de Readmissão em UTI (2,59%), igualmente, permanece dentro da meta de <5%.

O Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas (0,86%) manteve-se em patamar de excelência, e o indicador de TMat expirado para o segundo ano (5,44%) encontra-se dentro da meta (<25%), indicando adequado manejo das filas de espera cirúrgicas.

Na vigilância epidemiológica, os indicadores de DAEI digitados (97,47%) e investigados oportunamente (100%) mantêm-se acima da meta de 80%, reafirmando a robustez dos processos de notificação e investigação.

Na gestão farmacêutica, a perda financeira por vencimento de medicamentos (0,19%) permanece dentro da meta de ≤1%, com leve redução em relação a março (0,27%). A taxa de acurácia do estoque (94,11%) manteve-se em patamar equivalente ao mês anterior, demandando atenção continuada nos processos de inventário e rastreabilidade. A taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas (93,48%)

manteve-se em patamar elevado, superando a meta de  $\geq 85\%$  e reafirmando a integração entre a farmácia clínica e a equipe assistencial.

## 5. Indicadores Financeiros

### 5.1. Análise Contábil – SIPEF

O procedimento de envio mensal do Kit contábil foi realizado conforme os prazos estabelecidos de prestação de contas, e os documentos disponibilizados foram:

- Balancete;
- DRE;
- Balanço;

Prestação de Contas

Arquivo Relatórios Módulos Configurações Declaração Serviços Ferramentas Ajuda

Aplicação: Prestação de Contas

Prestation de período de 01/05/2026 até 31/05/2026 - SOCIEDADE BENEFICENTE IGUALDA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

Período: 22

Conta:

ID	NP Período	Conta Contábil	Nome Conta Contábil	Saldo Anterior	Débito	Crédito	Saldo Atual	Estoque	Ativo Imob.	Depreciação Ac.	Class. Centro de Custos	Desc. Centro de Custos	Responsável pelo Registro [Banco 0300]
6.043	22	1	ATIVO	571.924.013,69	135.485.731,95	151.759.051,28	555.656.893,76						naifeus.souza
6.044	22	1.1	CIRCULANTE	85.063.614,76	130.725.762,62	125.338.846,78	94.450.536,60						naifeus.souza
6.045	22	1.1.1	CAIXA E EQUIVALENTE DE CAIXA	37.791.974,12	108.651.893,53	108.483.192,64	37.960.675,01						naifeus.souza
6.046	22	1.1.02.02	BANCOS CONTA MOVIMENTO	687.407,70	83.127.315,24	83.661.892,05	152.880,89						naifeus.souza
6.047	22	1.1.02.02.002	CPF AG. 2512-C/C 00057963003-1 CLUSTEIO	221.147,83	73.365.652,98	71.838.345,34	48.227,47						naifeus.souza
6.048	22	1.1.02.02.003	CPF AG. 2512-C/C 00058134407-8 INVESTIMENTO	0,00	1.124.000,00	1.173.827,21	172,76						naifeus.souza
6.049	22	1.1.02.02.004	CPF AG. 2512-C/C 00058134419-3 FUNDO RECURSOS	0,00	2.668.884,68	2.668.884,68	0,00						naifeus.souza
6.050	22	1.1.02.02.005	BANCO SAFRA AG. 0113-C/C 256485 - 1 CLUSTEIO	202.793,33	2.267.447,96	2.417.685,70	52.467,59						naifeus.souza
6.051	22	1.1.02.02.006	BRASESCO AG. 2372-8 C/C 39068-2 CLUSTEIO	363.694,54	5.451.329,62	5.762.951,12	51.983,04						naifeus.souza
6.052	22	1.1.02.04	APLICACOES FINANCEIRAS	37.204.516,42	25.524.578,29	24.921.300,59	37.807.794,12						naifeus.souza
6.053	22	1.1.02.04.002	CPF AG. 2512-C/C 00057963003-1 CLUSTEIO APL.	12.300.808,59	24.981.143,72	23.338.221,87	13.362.992,80						naifeus.souza
6.054	22	1.1.02.04.003	CPF AG. 2512-C/C 00058134407-8 INVEST APL.	19.617.980,23	230.465,04	1.124.000,00	18.854.465,22						naifeus.souza
6.055	22	1.1.02.04.007	CPF AG. 2512-C/C 00058134419-3 FUNDO RECURSOS APL.	4.765.094,56	1.232.737,66	329.066,72	5.668.763,50						naifeus.souza
6.056	22	1.1.02.04.008	CPF AG. 2512-C/C 0057920282-1 R D APL. CLUSTEIO	21.360,68	231,87	0,00	21.392,55						naifeus.souza
6.057	22	1.1.2	CREDITOS	47.762.781,24	6.155.508,54	2.893.438,80	53.024.851,08						naifeus.souza
6.058	22	1.1.2.02	CREDITOS COM RESTRICAO	47.762.781,24	6.155.508,54	2.893.438,80	53.024.851,08						naifeus.souza
6.059	22	1.1.2.02.01	CONTRATO DE GESTAO E COMISSOES	46.203.766,88	4.925.576,06	0,00	51.129.342,94						naifeus.souza
6.060	22	1.1.2.02.01.001	CREDITO DE SUBSIDIACAO CONT. GESTAO	46.203.766,88	4.925.576,06	0,00	51.129.342,94						naifeus.souza
6.061	22	1.1.2.02.06	ADANTAMENTOS A COLABORADORES	256.691,09	2.499.623,83	2.315.213,73	341.191,19						naifeus.souza
6.062	22	1.1.2.02.06.001	ADANTAMENTO PENSAO	46.668,53	451.846,06	281.464,59	217.110,00						naifeus.souza
6.063	22	1.1.2.02.06.002	ADANTAMENTO SALARIO	32.984,05	11.635,67	0,00	44.239,72						naifeus.souza
6.064	22	1.1.2.02.06.003	ADANTAMENTO SALARIO	77.438,51	2.036.122,10	2.033.809,14	79.751,47						naifeus.souza
6.065	22	1.1.2.02.08	ADANTAMENTOS A FORNECEDORES	390.397,06	208.413,36	115.970,30	512.809,42						naifeus.souza
6.066	22	1.1.2.02.08.001	ADANTAMENTO A FORNECEDOR	390.397,06	208.413,36	115.970,30	512.809,42						naifeus.souza
6.067	22	1.1.2.02.12	DESPESAS ANTECIPADAS	620.549,49	29.524,48	88.781,94	561.372,03						naifeus.souza
6.068	22	1.1.2.02.12.001	SEGUROS A APROPRIAR	157.893,59	29.524,48	23.476,75	163.942,32						naifeus.souza
6.069	22	1.1.2.02.12.002	DESPESAS ANTECIPADAS	462.655,90	0,00	65.231,19	397.424,71						naifeus.souza
6.070	22	1.1.2.02.13	OUTROS CREDITOS	391.406,82	412.367,81	373.552,33	430.222,30						naifeus.souza
6.071	22	1.1.2.02.13.001	OUTROS CREDITOS A RECEBER	391.406,82	412.367,81	373.552,33	430.222,30						naifeus.souza

## 5.2. Relatório Econômico – DRE

No mês de abril/26, podemos destacar os seguintes resultados:

- Repasse Operacional totalizou R\$ 24,3MM;
- As Despesas Operacionais totalizaram R\$ 30,1MM, tendo como principais custos mão de obra (R\$17,0MM), serviços fixos (R\$ 4,1MM) e materiais e medicamentos (R\$ 5,0MM);
- O Déficit Operacional totalizou - R\$ 5,7MM;
- O Resultado Financeiro totalizou R\$ 0,5MM, relativo ao rendimento das aplicações financeiras;
- O Déficit do Exercício totalizou -R\$ 5,3MM;

DRE HUGO - R\$ MM	MENSAL		Δ\$		ACUMULADO		Δ\$	
	Abr/26R	Abr/26P	2026R x 2026P		Abr/26R	Abr/26P	2026R x 2026P	
(=) Repasse Operacional Líquido	24,3	25,1	-0,7	-2,9%	97,3	100,2	-3,0	-3,0%
(-) Custos e Despesas	30,1	25,1	5,0	20,1%	115,1	100,2	14,9	14,9%
Materiais e Medicamentos	5,0	3,8	1,2	32,0%	20,0	15,1	4,9	32,4%
Gasoterapia	0,0	0,1	-0,1	NA	0,0	0,3	-0,3	NA
Alimentação	1,1	1,3	-0,2	-12,7%	4,4	5,2	-0,8	-14,8%
Serviços Variáveis	1,3	0,9	0,4	39,6%	5,2	3,7	1,5	40,4%
Mão de Obra	17,0	14,5	2,6	17,7%	62,9	57,9	5,0	8,7%
Consultoria e Auditoria	0,0	0,0	-0,1	NA	0,0	0,2	-0,1	-76,5%
Depreciação	0,0	0,0	0,0	NA	0,0	0,0	0,0	NA
Devedores Duvidosos	0,0	0,0	0,0	NA	0,0	0,0	0,0	NA
Insumos	0,3	0,3	-0,1	-16,3%	1,0	1,4	-0,3	-23,4%
Manutenção	0,5	0,9	-0,4	-46,9%	2,8	3,6	-0,7	-20,6%
Patrimônio	0,0	0,0	0,0	-33,4%	0,1	0,1	0,0	-23,6%
Serviços	4,1	2,4	1,7	67,8%	15,6	9,8	5,8	59,3%
Telefone e Informática	0,3	0,5	-0,1	-29,7%	1,5	1,8	-0,3	-16,0%
Treinamento	0,0	0,1	-0,1	NA	0,1	0,2	-0,1	-64,0%
Gerais	0,2	0,2	0,0	3,0%	0,8	0,9	-0,1	-14,0%
Despesas Legais	0,2	0,0	0,2	5145,1%	0,6	0,0	0,6	3880,2%
Marketing	0,0	0,1	0,0	-1,8%	0,1	0,2	-0,1	-52,4%
(=) Superávit/Déficit Operacional	-5,8	0,0	-5,8	NA	-17,9	0,0	-17,9	643159707,7%
(+/-) Resultado Financeiro Líquido	0,5	0,0	0,5	NA	1,3	0,0	1,3	NA
(+/-) Superávit/Déficit Não Operacional	0,0	0,0	0,0	NA	0,1	0,0	0,1	NA
(=) Superávit/Déficit	-5,3	0,0	-5,3	NA	-16,5	0,0	-16,5	593852346,1%

### 5.3. Relatório Financeiro – Fluxo de Caixa

#### Posição de Caixa:

Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO			
Bancos	Saldo em 28-02-2026	Saldo em 31-03-2026	Saldo em 30-04-2026
Banco Safra Custeio - 256485-1	R\$ 45.308,77	R\$ 202.705,33	R\$ 52.467,59
Banco Caixa Custeio - 577620282-1	R\$ 3.770,45	R\$ 121.147,83	R\$ 48.257,47
Banco Caixa Investimento - C/C 580134407-8	R\$ 222,07		R\$ 172,79
Banco Caixa Rescisão - 580134418-3	R\$ -		
Banco Bradesco Custeio - 39068-2	R\$ 34.476,09	R\$ 363.604,54	R\$ 51.983,04
Banco Caixa - Aplicação Custeio	R\$ 15.170.609,09	R\$ 12.500.080,95	R\$ 13.262.992,80
Banco Caixa - Aplicação Investimento	R\$ 21.662.825,77	R\$ 19.817.980,23	R\$ 18.854.445,27
Banco Caixa - Aplicação Rescisória	R\$ 3.982.300,42	R\$ 4.765.094,56	R\$ 5.668.763,50
Banco Caixa - Aplicação Doação	R\$ 21.113,06	R\$ 21.360,68	R\$ 21.592,55
<b>Totais</b>	<b>R\$ 40.920.625,72</b>	<b>R\$ 37.791.974,12</b>	<b>R\$ 37.960.675,01</b>
Rendimento Real - Mês	R\$ 492.045,77	R\$ 619.678,06	R\$ 549.438,44
Rendimento Real - Acumulado	R\$ 10.137.075,09	R\$ 10.756.753,15	R\$ 11.306.191,59

No mês de abril, a aplicação obteve um rendimento de R\$ 549.438,44 (quinhentos e quarenta e nove mil quatrocentos e trinta e oito reais e quarenta e quatro centavos). No acumulado as aplicações financeiras obtiveram um rendimento total de R\$ 11.306.191,59 (onze milhões trezentos e seis mil cento e noventa e um reais e cinquenta e nove centavos).

## Fluxo de Caixa: Abril/2026

Relatório Mensal Comparativo de Recursos Recebidos, Gastos e Devolvidos ao Poder Público	
Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva - Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos e seus respectivos órgãos supervisores - CGE/TCE - 2ª Edição - 2021 - Item 3.9/Financeiro	
NOME DO ÓRGÃO PÚBLICO/CONTRATANTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - GOIAS	
CNPJ: 02.529.964/0001-57	
NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL/CONTRATADA: SOCIEDADE BENEF. ISRAELITA BRAS. HOSPITAL ALBERT EISNTEIN	
CNPJ: 60.765.823/0090-05	
NOME DA UNIDADE GERIDA: HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS - DR. VALDEMIRO CRUZ	
CONTRATO DE GESTÃO/ADITIVO Nº: 097/2024 SES/GO - 1º Termo Aditivo do Termo de Colaboração	
VIGÊNCIA DO CONTRATO DE GESTÃO: INÍCIO 07/08/2024 E TÉRMINO 04/12/2027	
PREVISÃO DE REPASSE MENSAL DO CONTRATO DE GESTÃO/ADITIVO - CUSTEIO :R\$	25.051.562,75
PREVISÃO DE REPASSE MENSAL DO CONTRATO DE GESTÃO/ADITIVO - INVESTIMENTO :R\$	0,00
Relatório Financeiro Mensal	
Competência: 04/2026	Em Reais
<b>1. SALDO BANCÁRIO ANTERIOR</b>	<b>37.791.974,12</b>
<b>1.1 Caixa</b>	<b>R\$ -</b>
<b>1.2 Banco conta movimento</b>	<b>R\$ 687.457,70</b>
1.2.1 CEF AG 2512 C/C 577620282-1 CUSTEIO	R\$ 121.147,83
1.2.2 SAFRA AG 0115 C/C 256485-1	R\$ 202.705,33
1.2.3 BRADESCO AG 2372 C/C 39068-2	R\$ 363.604,54
1.2.4 CEF AG 2512 C/C 580134407-8 INVESTIMENTO	R\$ -
1.2.5 CEF AG 2512 C/C 580134418-3 RESCISÓRIO	R\$ -
<b>1.3 Aplicações financeiras</b>	<b>R\$ 37.104.516,42</b>
1.3.1 CEF AG 2512 C/C 577620282-1 APL CUSTEIO	R\$ 12.500.080,95
1.3.2 SAFRA AG 0115 C/C 256485-1 APLICAÇÃO	R\$ -
1.3.3 CEF AG 2512 C/C 580134418-3 FUNDO RESCISÓRIO	R\$ 4.765.094,56
1.3.4 CEF AG 2512 C/C 580134407-8 INVESTIMENTO	R\$ 19.817.980,23
1.3.5 BRADESCO AG 2372 C/C 39068-2 APL CUSTEIO	R\$ -
1.3.6 CEF AG 2512 C/C 577520282-1 R D APL DOAÇÃO	R\$ 21.360,68
<b>SALDO ANTERIOR (1= 1.1+ 1.2 + 1.3)</b>	<b>R\$ 37.791.974,12</b>
<b>2. ENTRADAS DE RECURSOS FINANCEIROS</b>	<b>R\$ 25.602.657,16</b>
<b>2.1 Repasse - CUSTEIO</b>	<b>R\$ 23.793.472,09</b>
2.1.1 Repasse - CEF AG 2512 C/C 577620282-1 CUSTEIO	R\$ 23.708.204,28
2.1.2 Repasse - Piso de Enfermagem	R\$ 83.221,79
2.1.3 Repasse - Residência Médica	R\$ -
2.1.4 Repasse - Organização de Procura de Órgãos - OPO	R\$ 52.046,02
<b>2.2 Repasse - C/C - INVESTIMENTO</b>	<b>R\$ -</b>
2.2.1 Repasse - CEF AG 2512 C/C 580134407-8	R\$ -
<b>2.3 Repasse - C/C - RESCISÓRIO</b>	<b>R\$ 1.169.907,98</b>
2.3.1 CEF AG 2512 C/C 580134418-3 RESCISÓRIO	R\$ 1.169.907,98
<b>2.4 RENDIMENTO SOBRE APLICAÇÕES FINANCEIRAS</b>	<b>R\$ 549.438,44</b>
2.4.1 Rendimento sobre Aplicação Financeiras - BRADESCO AG 2372 C/C 39068-2 - CUSTEIO	R\$ -
2.4.2 Rendimento sobre Aplicação Financeiras - CEF AG 2512 C/C 577620282-1 CUSTEIO	R\$ 275.911,85
2.4.3 Rendimento sobre Aplicação Financeiras - CEF AG 2512 C/C 580134407-8 - INVESTIMENTO	R\$ 210.465,04
2.4.4 Rendimento sobre Aplicação Financeiras - SAFRA AG 0115 C/C 256485-1 CUSTEIO	R\$ -
2.4.5 Rendimento sobre Aplicação Financeiras - CEF AG 2512 C/C 580134418-3 RESCISÓRIA	R\$ 62.829,68
2.4.6 Rendimento sobre Aplicação Financeiras - CEF AG 2512 C/C 580134418-3 DOAÇÃO	R\$ 231,87
<b>2.5 Outras entradas: RECUPERAÇÃO DE DESPESAS</b>	<b>R\$ 25.597,47</b>
<b>2.6 Aporte para Caixa</b>	<b>R\$ -</b>
<b>2.7 Devolução do Saldo de Caixa</b>	<b>R\$ -</b>
<b>2.8 Reembolso de Despesas</b>	<b>R\$ 64.241,18</b>
<b>2.9 Receitas Não Governamentais (Doações, Vendas Aluguéis e Outros )</b>	<b>R\$ -</b>
<b>SUBTOTAL DE ENTRADAS (2= 2.1+2.2+2.3+2.4+2.5+2.6+2.7+2.8+2.9)</b>	<b>R\$ 25.602.657,16</b>
<b>3. RESGATE APLICAÇÃO FINANCEIRA</b>	<b>R\$ 24.821.068,72</b>
<b>3.1 TOTAL RESGATE APLICAÇÃO FINANCEIRA CUSTEIO</b>	<b>R\$ 23.647.068,72</b>
3.1.1 Resgate Aplicação - CEF AG 2512 C/C 577620282-1 CUSTEIO	R\$ 23.318.000,00
3.1.2 Resgate Aplicação - SAFRA AG 0115 C/C 256485-1 CUSTEIO	R\$ -
3.1.3 Resgate Aplicação - CEF AG 2512 C/C 580134418-3 RESCISÓRIO	R\$ 329.068,72
3.1.4 Resgate Aplicação - CEF AG 2512 C/C 577620282-1 DOAÇÃO	R\$ -
<b>3.2 TOTAL RESGATE APLICAÇÃO FINANCEIRA INVESTIMENTO</b>	<b>R\$ 1.174.000,00</b>
3.2.1 Resgate Aplicação - CEF AG 2512 C/C 580134407-8 - INVESTIMENTO	R\$ 1.174.000,00
<b>TOTAL DOS RESGATES (3= 3.1 + 3.2.1)</b>	<b>R\$ 24.821.068,72</b>
<b>TOTAL DAS ENTRADAS (2+3)</b>	<b>R\$ 50.423.725,88</b>
<b>4. APLICAÇÃO FINANCEIRA</b>	<b>R\$ 24.974.907,98</b>
<b>4.1 TOTAL APLICAÇÃO FINANCEIRA - CUSTEIO</b>	<b>R\$ 24.974.907,98</b>
4.1.1 Aplicação Financeira - BRADESCO AG 2372 C/C 39068-2 - CUSTEIO	R\$ -
4.1.2 Aplicação Financeira - SAFRA AG 0115 C/C 256485-1 CUSTEIO	R\$ -
4.1.3 Aplicação Financeira - CEF AG 2512 C/C 577620282-3 - CUSTEIO	R\$ 23.805.000,00
4.1.4 Aplicação Financeira - CEF AG 2512 C/C 580134418-3 RESCISÓRIO	R\$ 1.169.907,98
4.1.5 Aplicação Financeira - CEF AG 2512 C/C 580134418-3 DOAÇÃO	R\$ -
<b>4.2 TOTAL APLICAÇÃO FINANCEIRA- INVESTIMENTO</b>	<b>R\$ -</b>

4.2.1 Aplicação Financeira - CEF AG 2512 C/C 580134407-8 INVESTIMENTO	R\$	-
<b>4.3 TOTAL DAS APLICAÇÕES FINANCEIRAS (4= 4.1+4.2)</b>	<b>R\$</b>	<b>24.974.907,98</b>
4.3.1 Entrada Conta Aplicação Financeira (+)	R\$	24.974.907,98
4.3.2 Saída Conta Aplicação Financeira ref. Resgate em Conta (-)	R\$	24.821.068,72
<b>Movimentação Financeira em Conta Aplicação</b>	<b>R\$</b>	<b>153.839,26</b>
<b>5. SAÍDAS DE RECURSOS FINANCEIROS</b>	<b>R\$</b>	<b>25.433.956,27</b>
<b>5.1 PAGAMENTOS REALIZADOS - CUSTEIO</b>	<b>R\$</b>	<b>24.345.929,06</b>
5.1.1 Pessoal	R\$	6.178.013,04
5.1.2 Serviços	R\$	10.050.974,40
5.1.3 Materiais e Insumos	R\$	5.376.835,93
5.1.4 Tributos: Impostos, Taxas e Contribuições	R\$	361.483,52
5.1.5 Outros Fornecedores	R\$	-
5.1.6 Investimentos	R\$	-
5.1.7 Encargos Sobre folha de Pagamento	R\$	638.272,97
5.1.8 Encargos Sobre Rescisão Trabalhista	R\$	131.350,06
5.1.9 Outros: Recibo de Pagamento a Autônomo	R\$	-
5.1.10 Concessionárias (Água, Luz e telefonia)	R\$	337.633,02
5.1.11 Rescisões trabalhistas	R\$	326.229,97
5.1.12 Diárias	R\$	-
5.1.13 Pensão Alimentícia	R\$	-
5.1.14 Adiantamento	R\$	8.853,90
5.1.15 Aluguéis	R\$	6.000,00
5.1.16 Despesas com Viagens	R\$	-
5.1.17 Despesas com Vale Transporte	R\$	43.857,47
5.1.18 Despesas Bancárias	R\$	-
5.1.19 Custas Processuais	R\$	55.571,85
5.1.20 Reembolso de Despesas (-)	R\$	6.196,34
5.1.21 Reembolso de Rateio (-)	R\$	810.823,52
5.1.22 Recibo de Pagamento a Autônomo	R\$	13.833,07
<b>TOTAL DE PAGAMENTOS - CUSTEIO (5= SOMA 5.1.1 à 5.1.21)</b>	<b>R\$</b>	<b>24.345.929,06</b>
<b>6. TRANSFERÊNCIAS</b>	<b>R\$</b>	<b>24.974.907,98</b>
6.1 Transferências para Conta Aplicação	R\$	24.974.907,98
6.2 Aporte para Caixa (-)	R\$	-
6.3 Devolução do Saldo de Caixa (-)	R\$	-
6.4 Bloqueio Judicial (-)	R\$	-
<b>TOTAL TRANSFERÊNCIAS (6=6.1+6.2+6.3)</b>	<b>R\$</b>	<b>24.974.907,98</b>
<b>7. PAGAMENTOS REALIZADOS - INVESTIMENTOS</b>	<b>R\$</b>	<b>1.088.027,21</b>
7.1 Aquisições de Bens (equipamentos, mobiliários, etc)	R\$	1.088.027,21
7.2 Aquisições de Bens Imobilizados	R\$	-
7.3 Aquisições Direito de Uso de Software	R\$	-
7.4 Outros	R\$	-
7.5 Obras	R\$	-
<b>TOTAL DE PAGAMENTOS - INVESTIMENTO (7= 7.1 + 7.2 + 7.3 + 7.4)</b>	<b>R\$</b>	<b>1.088.027,21</b>
<b>8. VALORES DEVOLVIDOS À CONTRATANTE</b>	<b>R\$</b>	<b>-</b>
8.1 Valores Devolvidos à Contratante - CUSTEIO	R\$	-
8.2 Valores Devolvidos à Contratante - INVESTIMENTO	R\$	-
<b>TOTAL VALORES DEVOLVIDOS (8= 8.1 + 8.2)</b>	<b>R\$</b>	<b>-</b>
<b>9. SALDO BANCÁRIO FINAL EM 30/04/2026</b>	<b>R\$</b>	<b>37.960.675,01</b>
9.2 Banco conta movimento	R\$	152.880,89
9.2.1 CEF AG 2512 C/C 577620282-1 CUSTEIO	R\$	48.257,47
9.2.2 CEF AG 2512 C/C 580134407-8 INVESTIMENTO	R\$	172,79
9.2.3 SAFRA AG 0115 C/C 256485-1 CUSTEIO	R\$	52.467,59
9.2.4 BRADESCO AG 2372-8 C/C 39068-2 CUSTEIO	R\$	51.983,04
9.2.5 CEF AG 2512 C/C 580134418-3 - RESCISÓRIO	R\$	-
<b>9.3 Aplicações financeiras</b>	<b>R\$</b>	<b>37.807.794,12</b>
9.3.1 CEF AG 2512 C/C 577620282-1 APL CUSTEIO	R\$	13.262.992,80
9.3.2 CEF AG 2512 C/C 580134407-8 INVESTIMENTO	R\$	18.854.445,27
9.3.3 SAFRA AG 0115 C/C 256485-1 APLICAÇÃO	R\$	-
9.3.4 CEF AG 2512 C/C 580134418-3 APL RESCISÓRIO	R\$	5.668.763,50
9.3.5 CEF AG 2512 C/C 577520282-1 R D APL DOAÇÃO	R\$	21.592,55
<b>SALDO BANCÁRIO FINAL : 9= (1+2)-(4.2.3+5+6.2+6.3+6.4)</b>	<b>R\$</b>	<b>37.960.675,01</b>
Fonte: Extratos bancários e Balanete Contábil.	R\$	-
<b>10. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES - GLOSAS</b>	<b>R\$</b>	<b>-</b>
10.1 Glosa - servidores cedidos	R\$	-
10.2 Glosa - não cumprimento das metas - 07/10	R\$	154.736,44
10.3 Glosa - outras (discriminar)	R\$	-
<b>TOTAL DAS GLOSAS</b>	<b>R\$</b>	<b>-</b>
<b>11. Nota Explicativa:</b>		

Assinatura do Responsável pela Área financeira (obrigatória):

Goiânia, 05 de maio de 2026.

## 6. Impacto do Benefício Social

### 6.1. Certificações e Acreditações

As creditações e certificações representam instrumentos estratégicos para o fortalecimento da governança, da qualidade assistencial, da segurança do paciente e da sustentabilidade institucional. Mais do que o reconhecimento externo, esses processos impulsionam a padronização das práticas, a gestão de riscos, a melhoria contínua e o alinhamento das equipes aos requisitos técnicos, legais e assistenciais exigidos para uma instituição de saúde segura, eficiente e confiável.

No período avaliado, foram desenvolvidas ações voltadas à organização dos processos institucionais, revisão de documentos, fortalecimento da cultura de segurança, monitoramento de indicadores e preparação das equipes para atendimento aos padrões de qualidade. Essas iniciativas tiveram como objetivo consolidar práticas assistenciais seguras, reduzir variabilidades nos processos críticos e ampliar a maturidade organizacional frente aos requisitos de acreditação e certificação.

A estratégia adotada foi direcionada à construção de uma base sólida para evolução institucional, considerando que a acreditação não deve ser compreendida como um projeto isolado, mas como um modelo permanente de gestão. Dessa forma, as ações foram estruturadas a partir da análise dos processos assistenciais e administrativos, identificação de fragilidades, priorização de riscos e implementação de melhorias sustentáveis.

Entre as principais frentes trabalhadas, destacam-se a revisão e padronização de protocolos institucionais, a organização dos documentos normativos, o fortalecimento dos processos relacionados às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, a melhoria da gestão de eventos adversos, o acompanhamento dos planos de ação e a promoção de treinamentos voltados à qualificação das equipes. Também foram

estimuladas práticas de auditoria interna, análise crítica de indicadores e acompanhamento sistemático das oportunidades de melhoria identificadas.

As ações relacionadas às creditações e certificações contribuíram para maior integração entre as áreas, fortalecimento da governança clínica e ampliação da responsabilidade compartilhada sobre os resultados assistenciais. A atuação junto às lideranças e equipes multiprofissionais permitiu maior visibilidade dos processos críticos, favorecendo a tomada de decisão baseada em dados, a correção de não conformidades e o direcionamento de esforços para pontos prioritários.

Do ponto de vista institucional, os avanços obtidos refletem o compromisso com a excelência, a segurança e a melhoria contínua. A preparação para processos de acreditação e certificação promove maior confiabilidade dos serviços prestados, qualifica a experiência do paciente, fortalece a imagem institucional e contribui para a sustentabilidade dos resultados. Além disso, favorece a redução de riscos assistenciais, o cumprimento de requisitos regulatórios e a consolidação de uma cultura organizacional orientada por padrões de qualidade.

Apesar dos avanços, permanecem desafios importantes, especialmente relacionados à adesão uniforme das equipes aos protocolos, ao registro adequado das práticas assistenciais, à sistematização das auditorias, à manutenção da documentação atualizada e ao engajamento contínuo das lideranças. Esses pontos exigem acompanhamento permanente, definição clara de responsabilidades e monitoramento dos resultados por meio de indicadores estratégicos.

Como próximos passos, recomenda-se manter o plano institucional de preparação para creditações e certificações, com foco na consolidação dos processos básicos, fortalecimento das auditorias internas, desenvolvimento das lideranças, capacitação contínua das equipes e acompanhamento sistemático dos planos de ação. Também se faz necessário ampliar a análise crítica dos indicadores, garantir a rastreabilidade

das melhorias implementadas e fortalecer a cultura de segurança em todos os níveis da organização.

Dessa forma, conclui-se que as ações realizadas no âmbito das creditações e certificações representam um movimento estratégico para elevar o nível de maturidade institucional, qualificar a assistência prestada e preparar a organização para avaliações externas futuras. O caminho percorrido demonstra compromisso com a excelência, com a segurança do paciente e com a construção de processos mais seguros, padronizados e sustentáveis.

## **6.2. Consolidação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente**

### **Meta 1 – Identificar corretamente o paciente**

#### **Análise**

A identificação correta do paciente é a primeira barreira de segurança em praticamente todos os processos assistenciais. Ela deve ocorrer antes da administração de medicamentos, coleta de exames, transfusão sanguínea, realização de procedimentos, transporte interno, entrega de dietas, cirurgias, exames de imagem, transferências e alta hospitalar.

A prática segura exige o uso de, no mínimo, dois identificadores, como nome completo e prontuário, preferencialmente conferidos por meio da pulseira de identificação e confirmação verbal quando possível. A identificação não deve ser baseada em número de leito, quarto, diagnóstico, aparência física ou reconhecimento informal pela equipe.

Em hospitais com alto fluxo, pacientes inconscientes, politraumatizados, idosos, crianças, pacientes sem acompanhante ou com nomes semelhantes, o risco de falha

de identificação torna-se ainda maior. Por isso, a identificação correta precisa ser tratada como uma etapa obrigatória e não negociável do cuidado.

## Riscos da não adesão

A não adesão à identificação correta pode resultar em eventos adversos graves, como:

- Administração de medicamento no paciente errado;
- Coleta de exame em paciente incorreto;
- Resultado laboratorial atribuído a outro paciente;
- Realização de procedimento ou cirurgia em paciente errado;
- Transfusão sanguínea incompatível;
- Entrega de dieta inadequada;
- Troca de prontuários ou registros assistenciais;
- Atraso no diagnóstico e no tratamento;
- Violação ética, legal e assistencial;
- Perda de confiança da família e do paciente na instituição.

## Recomendações para consolidação

Para consolidar a Meta 1, recomenda-se:

1. **Padronizar a identificação institucional do paciente**, garantindo pulseira legível, íntegra e com dados mínimos obrigatórios.
2. **Definir dois identificadores obrigatórios**, como nome completo e prontuário, e reforçar que leito, quarto ou diagnóstico não são identificadores seguros.
3. **Implantar checagem ativa antes de qualquer procedimento assistencial**, incluindo medicamentos, exames, transporte, dietas, cirurgias e hemotransfusão.

4. **Realizar auditorias de pulseira de identificação**, avaliando presença, legibilidade, conformidade dos dados e adesão da equipe à conferência.
5. **Criar barreiras para pacientes não identificados**, como protocolo específico para paciente desconhecido, politraumatizado ou inconsciente.
6. **Treinar continuamente equipes assistenciais e de apoio**, incluindo enfermagem, médicos, laboratório, imagem, nutrição, fisioterapia, transporte e recepção.
7. **Inserir alertas visuais e educativos nas áreas assistenciais**, reforçando a pergunta: “Estou cuidando do paciente certo?”
8. **Monitorar indicadores**, como percentual de pacientes com pulseira correta, taxa de não conformidade na identificação e eventos relacionados à identificação incorreta.
9. **Tratar falhas de identificação como eventos de risco relevante**, com análise, plano de ação e devolutiva às equipes.

## Meta 2 – Melhorar a comunicação efetiva

### Análise

A comunicação efetiva é uma das metas mais críticas para a segurança do paciente, pois grande parte dos eventos adversos está associada a falhas na transmissão de informações entre profissionais, setores, turnos e níveis de cuidado.

A comunicação insegura ocorre quando informações importantes são omitidas, transmitidas de forma incompleta, verbalizadas sem confirmação, registradas tardiamente ou repassadas sem estrutura. Isso é especialmente grave em passagens de plantão, transferências internas, resultados críticos de exames, acionamento de protocolos, comunicação entre médico e enfermagem, encaminhamento para centro cirúrgico, retorno de exames/procedimentos e transição do cuidado.

Ferramentas estruturadas como SBAR, IPASS para a passagem de plantão padronizada ajudam a reduzir variabilidade e garantem que informações críticas sejam transmitidas com clareza.

## Riscos da não adesão

A falha na comunicação efetiva pode gerar:

- Atraso no reconhecimento da deterioração clínica;
- Atraso na abertura de protocolos, como sepse, AVC, trauma e dor torácica;
- Perda de informações críticas entre turnos;
- Duplicidade ou omissão de condutas;
- Falha no cumprimento de prescrição médica;
- Atraso na administração de antibióticos, exames ou procedimentos;
- Transferência insegura entre unidades;
- Não comunicação de resultados críticos;
- Conflitos entre equipes;
- Eventos adversos graves e óbitos evitáveis.

Em pacientes críticos ou em ambiente de emergência, poucos minutos de atraso na comunicação podem impactar diretamente o desfecho clínico.

## Recomendações para consolidação

Para consolidar a Meta 2, recomenda-se:

1. **Implantar modelo institucional de comunicação estruturada**, como SBAR ou IPASS, para passagens de plantão, transferências e comunicação de situações críticas.

2. **Padronizar a comunicação de resultados críticos**, definindo tempo máximo para comunicação, profissional responsável, forma de registro e confirmação de recebimento.
3. **Adotar a técnica de read back**, principalmente em prescrições verbais, resultados críticos e orientações telefônicas.
4. **Estruturar passagens de plantão seguras**, com roteiro mínimo contendo identificação do paciente, diagnóstico, riscos, dispositivos, pendências, plano terapêutico e sinais de alerta.
5. **Evitar comunicações exclusivamente informais**, especialmente para situações de alto risco.
6. **Garantir registro em prontuário das informações relevantes**, reduzindo dependência da memória individual.
7. **Criar fluxo de escalonamento assistencial**, definindo quando acionar médico, coordenação, intensivista, cirurgião, anestesista, NIR ou equipe de resposta rápida.
8. **Treinar equipes em comunicação assertiva e segura**, incluindo comunicação entre diferentes categorias profissionais.
9. **Monitorar eventos adversos relacionados à comunicação**, identificando pontos críticos e setores com maior fragilidade.
10. **Incluir comunicação efetiva nos safety huddles**, estimulando perguntas como: “Quais pacientes têm pendências críticas hoje?” e “Há alguma informação que não pode se perder na passagem de plantão?”

## **Meta 3 – Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**

### **Análise**

A segurança medicamentosa envolve todas as etapas do processo: prescrição, dispensação, preparo, administração, monitoramento e registro. Trata-se de uma das áreas mais vulneráveis da assistência, principalmente em hospitais de alta complexidade, onde há grande volume de prescrições, pacientes graves, uso de medicamentos potencialmente perigosos, antimicrobianos, anticoagulantes, sedativos, opioides, insulinas, eletrólitos concentrados e drogas vasoativas.

A consolidação dessa meta exige padronização de processos, dupla checagem qualificada, identificação de medicamentos de alta vigilância, controle de eletrólitos concentrados, rastreabilidade, análise farmacêutica, conciliação medicamentosa e fortalecimento da cultura de notificação de incidentes.

A administração segura deve observar os “certos” da medicação, como paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, orientação certa, forma certa, resposta certa e validade certa.

### **Riscos da não adesão**

A não adesão à segurança medicamentosa pode causar:

- Administração de medicamento errado;
- Dose incorreta;
- Via de administração inadequada;
- Administração em paciente errado;
- Omissão de dose;

- Duplicidade terapêutica;
- Interação medicamentosa grave;
- Reação adversa não monitorada;
- Hipoglicemia, sangramentos, depressão respiratória, arritmias ou parada cardiorrespiratória;
- Erros com medicamentos de alta vigilância;
- Aumento do tempo de internação;
- Dano permanente ou óbito.

Medicamentos de alta vigilância devem ser tratados como pontos críticos do sistema, pois pequenas falhas podem gerar consequências graves.

## Recomendações para consolidação

Para consolidar a Meta 3, recomenda-se:

1. **Divulgar a lista institucional de medicamentos de alta vigilância**, garantindo identificação visual padronizada.
2. **Padronizar armazenamento, preparo e administração de medicamentos potencialmente perigosos**, como insulina, heparina, opioides, sedativos, eletrólitos concentrados e drogas vasoativas.
3. **Implantar dupla checagem independente e qualificada**, principalmente para medicamentos de alta vigilância, hemocomponentes, quimioterápicos e infusões críticas.
4. **Fortalecer a análise farmacêutica da prescrição**, com foco em dose, interação, duplicidade, alergias, ajuste renal, diluição e tempo de infusão.
5. **Garantir rastreabilidade da administração**, com registro correto do medicamento, horário, dose, via e responsável.
6. **Evitar abreviações perigosas e prescrições incompletas**, padronizando nomenclaturas e unidades de medida.

7. **Realizar conciliação medicamentosa nas transições do cuidado**, especialmente na admissão, transferência e alta.
8. **Implantar barreiras para eletrólitos concentrados**, restringindo armazenamento em unidades assistenciais e garantindo identificação de risco.
9. **Capacitar a equipe sobre os “certos” da medicação**, com simulações de casos reais e eventos notificados.
10. **Monitorar indicadores**, como erros de medicação, quase falhas, eventos com dano, adesão à dupla checagem e conformidade no armazenamento.
11. **Estimular notificação sem punição**, fortalecendo a aprendizagem organizacional a partir dos incidentes.

## Meta 4 – Assegurar cirurgia segura

### Análise

A cirurgia segura busca prevenir eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico, como cirurgia em paciente errado, local errado, procedimento errado, falhas anestésicas, infecção de sítio cirúrgico, retenção de materiais, sangramentos, falhas de comunicação e ausência de planejamento perioperatório.

A consolidação dessa meta depende da aplicação efetiva do checklist de cirurgia segura em três momentos essenciais: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída da sala operatória. No entanto, o checklist não deve ser tratado como mero formulário burocrático, mas como uma ferramenta ativa de comunicação, pausa segura e alinhamento da equipe.

Além disso, a segurança cirúrgica começa antes do centro cirúrgico, com avaliação pré-operatória, consentimento informado, marcação de lateralidade, exames disponíveis, reserva de sangue quando indicada, profilaxia antimicrobiana adequada, preparo do paciente e comunicação entre unidade de origem, centro cirúrgico, anestesia e equipe médica.

## Riscos da não adesão

A não adesão à cirurgia segura pode gerar:

- Cirurgia em paciente errado;
- Cirurgia em local ou lateralidade errada;
- Procedimento incorreto;
- Ausência de consentimento adequado;
- Falha na profilaxia antimicrobiana;
- Infecção de sítio cirúrgico;
- Retenção de compressas, instrumentais ou materiais;
- Eventos anestésicos graves;
- Sangramento não previsto ou sem reserva adequada;
- Falha na comunicação de riscos cirúrgicos;
- Cancelamentos evitáveis;
- Óbito ou dano permanente.

Falhas na Meta 4 costumam ter grande impacto institucional, jurídico, assistencial e reputacional.

## Recomendações para consolidação

Para consolidar a Meta 4, recomenda-se:

1. **Garantir aplicação completa do checklist de cirurgia segura**, nos três momentos: Sign In, Time Out e Sign Out.
2. **Realizar Time Out verbal, ativo e com participação de toda a equipe**, incluindo cirurgião, anestesista, enfermagem e instrumentador.
3. **Padronizar marcação de lateralidade**, quando aplicável, com participação do paciente sempre que possível.

4. **Assegurar conferência de paciente, procedimento, lateralidade, exames, consentimento e materiais antes do início da cirurgia.**
5. **Monitorar profilaxia antimicrobiana cirúrgica**, considerando antibiótico correto, dose correta e tempo adequado antes da incisão.
6. **Implantar contagem segura de compressas, instrumentais e perfurocortantes**, com registro e conduta em caso de divergência.
7. **Fortalecer comunicação entre unidade de origem e centro cirúrgico**, garantindo preparo adequado do paciente.
8. **Monitorar indicadores de cirurgia segura**, como adesão ao checklist, conformidade do Time Out, eventos cirúrgicos, infecção de sítio cirúrgico, cancelamentos evitáveis e falhas de lateralidade.
9. **Realizar observação direta do checklist**, avaliando qualidade da execução, e não apenas preenchimento documental.
10. **Promover devolutivas periódicas às equipes cirúrgicas**, com dados de adesão, oportunidades e eventos relacionados.
11. **Envolver lideranças médicas e anestésicas**, pois a consolidação da cirurgia segura depende fortemente do engajamento da equipe multiprofissional.

## **Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas à assistência à saúde**

### **Análise**

A prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde é uma meta prioritária para reduzir morbidade, mortalidade, tempo de internação, uso de antimicrobianos, custos hospitalares e resistência microbiana.

As principais estratégias envolvem higiene das mãos, precauções padrão e específicas, uso adequado de equipamentos de proteção individual, prevenção de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central, prevenção de

pneumonia associada à ventilação mecânica, prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter vesical, prevenção de infecção de sítio cirúrgico, limpeza e desinfecção ambiental, processamento adequado de produtos para saúde e gerenciamento do uso de antimicrobianos.

A higiene das mãos é a medida isolada mais importante, mas sua adesão ainda costuma ser um desafio nas instituições. A consolidação da Meta 5 exige atuação integrada entre SCIH, lideranças assistenciais, qualidade, segurança do paciente, hotelaria, farmácia, corpo clínico e equipes multiprofissionais.

## Riscos da não adesão

A não adesão às práticas de prevenção de infecção pode resultar em:

- Aumento das infecções relacionadas à assistência;
- Sepses e choque séptico;
- Infecção de corrente sanguínea;
- Pneumonia associada à ventilação mecânica;
- Infecção urinária associada a cateter;
- Infecção de sítio cirúrgico;
- Disseminação de microrganismos multirresistentes;
- Aumento de isolamento por precaução de contato;
- Prolongamento do tempo de internação;
- Aumento do consumo de antimicrobianos;
- Elevação de custos assistenciais;
- Óbitos evitáveis.

Além do dano ao paciente, surtos infecciosos podem comprometer a capacidade operacional da instituição e gerar impactos regulatórios e reputacionais.

## Recomendações para consolidação

Para consolidar a Meta 5, recomenda-se:

1. **Fortalecer a adesão à higiene das mãos**, com campanhas permanentes, auditoria observacional, feedback por setor e envolvimento da liderança.
2. **Garantir disponibilidade de insumos**, como preparação alcoólica, sabonete, papel toalha, luvas, aventais, máscaras e materiais de limpeza.
3. **Monitorar os bundles de prevenção**, especialmente para cateter venoso central, ventilação mecânica, cateter vesical e cirurgia segura.
4. **Reduzir uso desnecessário de dispositivos invasivos**, com avaliação diária da necessidade de cateteres, sondas e acessos.
5. **Padronizar precauções e isolamento**, com sinalização clara, orientação à equipe e educação de pacientes/acompanhantes.
6. **Monitorar adesão às práticas de prevenção**, incluindo higiene das mãos, manutenção de dispositivos, troca de curativos e técnica asséptica.
7. **Fortalecer vigilância epidemiológica**, com acompanhamento das taxas de infecção e análise por unidade, topografia e microrganismo.
8. **Integrar SCIH, Qualidade e lideranças assistenciais**, garantindo análise conjunta dos resultados e construção de planos de ação.
9. **Realizar educação permanente**, com foco em situações práticas: manipulação de dispositivos, técnica asséptica, limpeza ambiental e uso correto de EPI.
10. **Implementar stewardship de antimicrobianos**, promovendo uso racional, revisão de prescrição, descalonamento e controle de resistência.
11. **Tratar infecções graves como eventos sentinela ou prioritários**, quando associadas a falhas de processo ou dano importante ao paciente.

## Meta 6 – Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas

### Análise

A prevenção de quedas é essencial para evitar danos físicos, emocionais e funcionais ao paciente. Quedas hospitalares podem resultar em fraturas, traumatismo craniano, sangramentos, medo de deambular, perda de autonomia, aumento do tempo de internação e óbito.

Pacientes idosos, confusos, sedados, em uso de psicotrópicos, anti-hipertensivos, diuréticos, opioides, anticoagulantes, com déficit visual, fraqueza, alterações neurológicas, pós-operatórios, politraumatizados e com histórico de queda apresentam risco aumentado.

A consolidação da Meta 6 exige avaliação sistemática do risco de queda na admissão, reavaliações periódicas, implantação de medidas preventivas individualizadas, comunicação visual do risco e envolvimento do paciente, familiar e equipe multiprofissional.

### Riscos da não adesão

**A não adesão às práticas de prevenção de queda pode causar:**

- Queda com ou sem dano;
- Fraturas;
- Traumatismo cranioencefálico;
- Sangramentos, especialmente em pacientes anticoagulados;
- Lesões de pele;
- Dor e perda funcional;
- Medo de mobilização;

- Prolongamento da internação;
- Necessidade de cirurgia ou UTI;
- Judicialização;
- Óbito em casos graves.

Mesmo quedas sem dano aparente devem ser valorizadas, pois indicam fragilidade das barreiras de segurança.

## Recomendações para consolidação

Para consolidar a Meta 6, recomenda-se:

1. **Aplicar escala de risco de queda na admissão**, conforme protocolo institucional.
2. **Reavaliar risco de queda periodicamente**, especialmente após cirurgia, sedação, alteração clínica, transferência de setor, mudança medicamentosa ou episódio de queda.
3. **Sinalizar pacientes de risco**, utilizando pulseiras, placas, etiquetas ou alertas no prontuário eletrônico.
4. **Individualizar plano de prevenção**, considerando condição clínica, mobilidade, cognição, medicamentos, dispositivos e necessidade de acompanhante.
5. **Manter ambiente seguro**, com cama baixa, grades elevadas quando indicado, campainha ao alcance, iluminação adequada, piso seco, calçados adequados e objetos próximos ao paciente.
6. **Orientar paciente e acompanhante**, reforçando a importância de solicitar ajuda para levantar, ir ao banheiro ou caminhar.
7. **Revisar medicamentos associados ao risco de queda**, como sedativos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, opioides e diuréticos.

8. **Garantir auxílio na mobilização e transporte**, especialmente em pacientes frágeis, idosos, pós-operatórios ou com déficit neurológico.
9. **Monitorar indicadores**, como taxa de queda, queda com dano, adesão à avaliação de risco e conformidade das medidas preventivas.
10. **Analisar todos os eventos de queda**, identificando causas, barreiras ausentes e oportunidades de melhoria.
11. **Promover rounds de segurança em pacientes de alto risco**, envolvendo enfermagem, fisioterapia, equipe médica e familiares.

## Ações realizadas de metas:

### Criação dos Mascotes da Segurança do Paciente

Como estratégia de fortalecimento da cultura de segurança, foi desenvolvida uma proposta institucional de criação de mascotes representativos das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e das principais práticas assistenciais seguras. A iniciativa tem como objetivo tornar os conceitos de qualidade e segurança mais acessíveis, lúdicos, memoráveis e próximos dos colaboradores, pacientes e acompanhantes.

A criação dos mascotes surgiu da necessidade de transformar temas técnicos, muitas vezes percebidos como normativos ou burocráticos, em mensagens simples, visuais e de fácil assimilação no cotidiano assistencial. A proposta busca utilizar personagens com identidade própria para representar comportamentos seguros, estimular a adesão aos protocolos e reforçar a corresponsabilidade de todos na prevenção de eventos adversos.

Os mascotes foram organizados como uma verdadeira **Patrulha da Segurança do Paciente**, composta por personagens que representam as metas internacionais, os riscos prioritários e os valores institucionais relacionados ao cuidado seguro, humanizado e de excelência.

## Objetivo da criação dos mascotes

A criação dos mascotes tem como principais objetivos:

- Fortalecer a cultura de segurança do paciente;
- Facilitar a comunicação das Metas Internacionais de Segurança;
- Tornar os protocolos mais visíveis e compreensíveis para as equipes;
- Estimular o engajamento dos colaboradores;
- Apoiar campanhas educativas e treinamentos;
- Reforçar práticas seguras de forma leve, criativa e contínua;
- Aproximar pacientes e acompanhantes das ações de segurança;
- Criar identidade visual própria para as iniciativas de qualidade e segurança;
- Promover aprendizado por meio de recursos lúdicos e afetivos.

## Conceito da Patrulha da Segurança do Paciente

A Patrulha da Segurança do Paciente foi idealizada como um grupo de mascotes que atua simbolicamente na prevenção de riscos assistenciais. Cada personagem representa uma dimensão essencial da segurança, funcionando como um “guardião” de uma prática segura.

A proposta utiliza linguagem visual simples, personagens carismáticos e mensagens objetivas para reforçar comportamentos esperados no cuidado diário. Dessa forma, os mascotes deixam de ser apenas elementos gráficos e passam a ser ferramentas educativas e de comunicação institucional.

A Patrulha da Segurança pode ser utilizada em:

- Campanhas internas;
- Treinamentos presenciais e online;
- Materiais educativos;
- Cartazes nas unidades;
- Cards digitais;
- Safety huddles;
- Rounds de segurança;
- Ações de reconhecimento;

- Dinâmicas com colaboradores;
- Materiais para pacientes e acompanhantes;
- Semanas temáticas de segurança do paciente;
- Auditorias educativas.

## Huguinho – Líder da Patrulha da Segurança

O personagem **Huguinho** foi criado como o mascote central da Qualidade e Segurança do Paciente. Inspirado em uma figura intelectual, com características semelhantes a um cientista, Huguinho representa conhecimento, vigilância, aprendizado contínuo, análise crítica e liderança em segurança.

Sua identidade visual foi pensada para transmitir sabedoria, curiosidade científica e compromisso com a melhoria contínua. Ele é o líder simbólico da Patrulha da Segurança, orientando os demais mascotes e reforçando a importância de transformar dados, protocolos e eventos adversos em aprendizado institucional.

## Representação

Huguinho representa:

- Cultura de segurança;
- Aprendizado com os eventos adversos;
- Gestão de riscos;
- Melhoria contínua;
- Análise crítica dos processos;
- Liderança educativa;
- Vigilância ativa;
- Compromisso com o dano zero.



**Abril pela Segurança do paciente**



**Mascotes do HUGO**



Convite e divulgação do evento

## 6.3. Implantação de Linhas de Cuidado Prioritárias

### - Protocolo de trauma – IHR



Time do projeto



Safety Huddle na emergência



TRILHA do trauma na folha verde



Treinamento do time de Enfermagem.



Treinamento dos cirurgiões



## **Projeto Trauma SES/IHR**

O projeto de adesão à Trilha de Trauma no HUGO foi estruturado como uma iniciativa estratégica de melhoria da qualidade e segurança do paciente, considerando o perfil institucional do hospital como referência em trauma, urgência e emergência. O HUGO possui alta demanda assistencial, grande volume de pacientes graves e fluxo contínuo de atendimentos traumáticos, o que exige processos bem definidos, comunicação rápida, critérios objetivos de acionamento e atuação integrada das equipes multiprofissionais.

A Trilha de Trauma tem como finalidade padronizar o reconhecimento precoce do paciente traumatizado grave, garantir abertura oportuna do fluxo assistencial, reduzir atrasos no atendimento, direcionar o paciente para o local adequado, otimizar a comunicação entre as equipes e fortalecer as barreiras de segurança para prevenção de desfechos desfavoráveis.

A necessidade do projeto surgiu a partir da parceria da SES com IHI, identificação de fragilidades relacionadas à adesão ao protocolo, variabilidade na abertura da trilha, dúvidas sobre os critérios de acionamento, falhas na comunicação entre porta de entrada e áreas assistenciais, ausência de gatilhos visuais padronizados e oportunidades de melhoria no registro e monitoramento dos casos.

### **Implantação de gatilho visual na classificação e porta de entrada**

Uma das principais ideias de mudança foi a implantação de um gatilho visual na classificação de risco e porta de entrada, utilizando uma identificação específica para sinalizar pacientes com critérios de Trilha de Trauma.

A proposta foi utilizar uma ficha verde ou sinalização visual padronizada para indicar abertura imediata da trilha quando o paciente apresentasse:

- Mecanismo de trauma grave;
- Injúria grave;

- Sinais vitais alterados;
- Suspeita de instabilidade clínica;
- Risco de deterioração rápida.

Essa ação buscou tornar o risco visível, facilitando a comunicação entre recepção, classificação, enfermagem, equipe médica e demais pontos do fluxo.

### Objetivo do gatilho visual

- Reduzir atraso na abertura da trilha;
- Alertar a equipe sobre paciente de risco;
- Facilitar comunicação entre setores;
- Evitar que o paciente grave permaneça invisível no fluxo;
- Apoiar a priorização assistencial;
- Reforçar a padronização do protocolo.

Foram realizadas ações educativas com profissionais envolvidos no primeiro atendimento, especialmente classificação de risco, enfermagem, equipe médica, recepção e áreas de apoio.

Os treinamentos abordaram:

- Conceito da Trilha de Trauma;
- Critérios de abertura;
- Fluxo assistencial;
- Responsabilidades de cada profissional;
- Uso do gatilho visual;
- Comunicação de risco;
- Registro adequado;
- Casos reais de falha na abertura;
- Impacto do atraso no atendimento ao trauma.

A capacitação foi conduzida de forma prática, com discussão de cenários e exemplos de pacientes elegíveis para a trilha.

Foram elaborados materiais visuais e educativos para apoiar a adesão ao protocolo.

Entre os materiais sugeridos ou implantados:

- Cards com critérios de abertura da Trilha de Trauma;

- Cartazes na classificação de risco;
- Fluxograma simplificado;
- Checklist de abertura da trilha;
- Ficha rápida de identificação do paciente elegível;
- Cards educativos para WhatsApp institucional ou Teams;
- Material para safety huddle;
- Orientações para recepção e enfermagem;
- Painel visual com “quando abrir a Trilha de Trauma”.

Esses materiais foram importantes para manter o protocolo visível na rotina e reduzir dependência de treinamentos pontuais.

A adesão à Trilha de Trauma no HUGO é uma ação essencial para garantir atendimento seguro, oportuno e padronizado aos pacientes traumatizados. A implantação de múltiplas ações e ciclos PDSA demonstrou que a melhoria do processo depende de intervenções simples, visuais, educativas e sustentadas por dados.

Ao revisar critérios, tornar o risco visível, capacitar equipes, estruturar a comunicação, monitorar os casos e reconhecer os profissionais que atuam como barreiras de segurança, o projeto fortalece a capacidade institucional de responder rapidamente ao trauma.

Dessa forma, a Trilha de Trauma deixa de ser apenas um protocolo formal e passa a ser uma prática assistencial viva, integrada à rotina da emergência e orientada para a prevenção de danos, melhoria dos desfechos clínicos e promoção de uma cultura de segurança cada vez mais sólida no HUGO.

## Trilha AVC



**T.R.I.L.H.A.** (Termo de Registro Integrado de Linha de Assistência)

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário de abertura: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
Abrir a **TRILHA** ao identificar o gatilho, em qualquer momento da jornada do paciente.

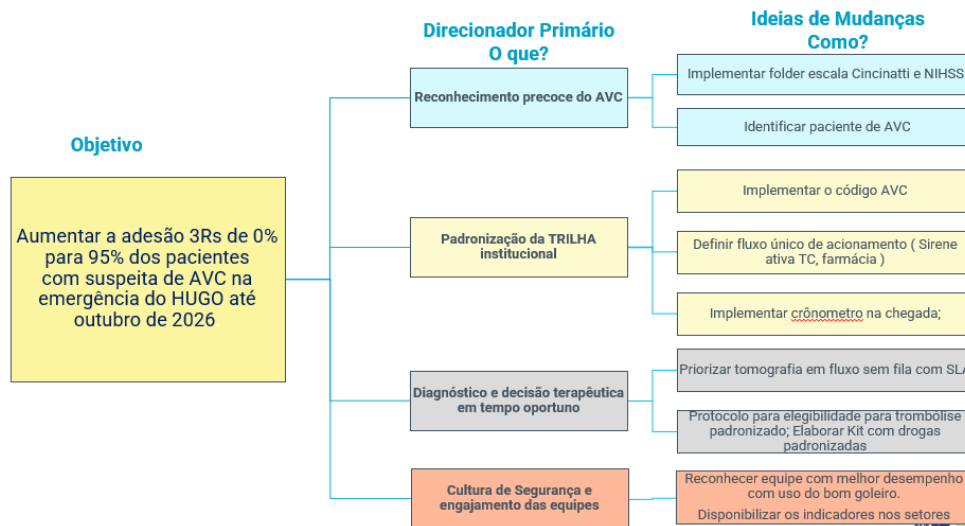
RECONHECER (HORA ZERO)		RESGATAR (ATÉ 60 MIN)	REAVALIAR (ATÉ 120 MIN)
<b>ENFERMEIRO</b>	1. Glicemia _____ mg/dL _____; Se glicemia < 70 mg/dL, tratar hipoglicemia e reavaliar)	1. Sat O2 _____ % Medidas para manter Sat.O2 > 94% ( ) SIM _____ ( ) NÃO ( ) NA	1. Monitorização contínua ( ) SIM ( ) NÃO Até o momento da transferência do paciente.
	2. Triagem Neurológica* positiva? (SAMU/Cincinatti): ( ) SIM ( ) NÃO	2. PAS > 220 e PAD > 110 mmHg ( ) SIM _____ ( ) NÃO Se sim, realizar medidas para controle da PA	2. NEWS2 1/1h ( ) SIM ( ) NÃO Até o momento da transferência do paciente.
	3. Via aérea PROTEGIDA e pérvua? ( ) SIM _____ ( ) NÃO	3. Via aérea PROTEGIDA e pérvua? ( ) SIM _____ ( ) NÃO	3. NIHSS 1/1h ( ) SIM ( ) NÃO Até o momento da transferência do paciente.
	4. Dieta oral ZERO ( ) SIM _____ ( ) NÃO	4. Cabeceira a 30º ( ) SIM _____ ( ) NÃO	4. Exames verificados e registrados em prontuário: ( ) SIM _____ ( ) NÃO
<b>MÉDICO</b>	3. NIHSS (escore): _____; _____	6. Exames solicitados* ( ) SIM _____ ( ) NÃO NÃO RETARDAR TRANSFERÊNCIA!	5. Medidas para manter normotermia? Temp.: _____ °C ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NA
	4. Dia e hora em que foi "visto bem" pela última vez: ____/____/____ _____:____		6. Medidas para manter glicemia entre 70 e 180mg/dL: _____ mg/dL ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NA
	5. Déficit menor que 4,5h? ( ) SIM - <b>TRANSFERÊNCIA IMEDIATA SE NÃO HOVER POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO DA FASE AGUDA</b> ( ) NÃO		7. Medidas para manter sem hipovolemia: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NA

\* ECG + hemograma, coagulograma, função renal, eletrólitos, tomografia de crânio

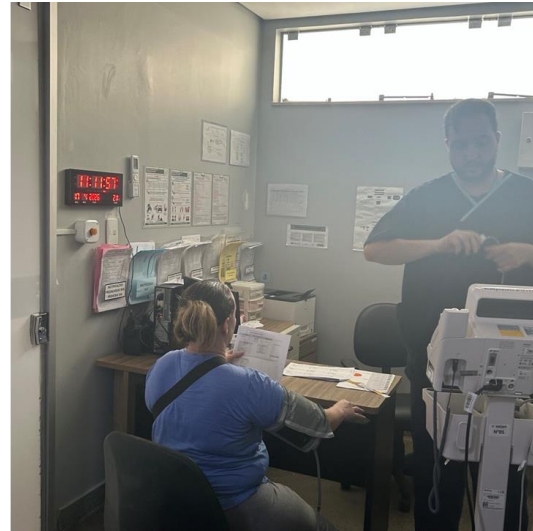
Responsável pela abertura: \_\_\_\_\_ Responsável pelo encerramento: \_\_\_\_\_

Versão 1 (07/01/26)

## Trilha de abertura de AVC



## Diagrama direcionador do AVC



### Sirene de acionamento do AVC

A Trilha do AVC no HUGO é um projeto estratégico voltado à melhoria do reconhecimento precoce, acionamento rápido e condução padronizada dos pacientes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral na emergência. Considerando que o HUGO é uma unidade de alta complexidade, referência em urgência, emergência e trauma, a implantação de uma trilha estruturada para AVC busca reduzir atrasos assistenciais, qualificar a tomada de decisão e aumentar a adesão aos 3Rs: reconhecer, reagir e responder de forma segura e oportuna.

O projeto está organizado a partir de um objetivo claro, direcionadores primários e ideias de mudança testáveis, seguindo a lógica de melhoria contínua com ciclos PDSA.

### Objetivo do projeto

Aumentar a adesão aos 3Rs de 0% para 95% dos pacientes com suspeita de AVC na emergência do HUGO até outubro de 2026.

Esse objetivo tem como foco garantir que os pacientes com sinais sugestivos de AVC sejam rapidamente identificados, tenham o código/trilha acionado, sejam priorizados para avaliação médica e diagnóstico por imagem, e recebam decisão terapêutica em tempo oportuno.

O AVC é uma condição tempo-dependente. Cada minuto de atraso no reconhecimento, no diagnóstico e na definição terapêutica pode impactar diretamente

o prognóstico neurológico do paciente. Por isso, a Trilha do AVC deve funcionar como uma linha de cuidado rápida, integrada e padronizada, reduzindo variações entre plantões, profissionais e setores.

#### **6.4. Governança Clínica e Sustentabilidade**

Os indicadores são discutidos em fóruns assistenciais e estratégicos, possibilitando tomada de decisão baseada em dados.

A Governança Clínica Sustentada foi apresentada como uma estratégia institucional essencial para fortalecer a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a gestão dos processos clínicos prioritários. O modelo tem como objetivo garantir que as práticas assistenciais sejam conduzidas de forma padronizada, segura, baseada em evidências e monitorada continuamente por meio de indicadores, auditorias, análise de eventos adversos e acompanhamento sistemático das lideranças.

Durante o período avaliado, foram discutidas ações voltadas à consolidação dos protocolos assistenciais prioritários, à definição de responsáveis pelos processos críticos, ao monitoramento de indicadores de desempenho e resultado, bem como ao fortalecimento da gestão de riscos e da cultura de segurança. Destacou-se que a sustentabilidade da governança clínica depende da capacidade da instituição de transformar protocolos em prática assistencial real, reduzindo a variabilidade do cuidado e garantindo maior previsibilidade dos resultados.

Entre os principais avanços observados, destacam-se a ampliação das discussões sobre segurança do paciente, o fortalecimento da análise dos eventos adversos, a maior visibilidade dos riscos assistenciais e a integração entre as áreas de qualidade, segurança, práticas assistenciais e lideranças operacionais. Também foi evidenciada a importância de utilizar os dados assistenciais como ferramenta para tomada de decisão, priorização de ações e direcionamento das melhorias necessárias.

Apesar dos avanços, foram identificadas oportunidades relevantes para o fortalecimento da governança clínica, especialmente relacionadas à adesão aos protocolos institucionais, ao acompanhamento sistemático dos indicadores, à responsabilização das lideranças assistenciais, à padronização das práticas entre equipes e turnos, e à necessidade de maior efetividade dos planos de ação decorrentes das análises de eventos adversos.

Dessa forma, reforça-se que a Governança Clínica Sustentada deve ser conduzida como um processo contínuo, com ritos definidos de acompanhamento, prestação de contas periódica, educação permanente das equipes, auditorias internas e feedback estruturado às áreas assistenciais. A consolidação desse modelo contribuirá para a redução de eventos adversos evitáveis, melhoria dos desfechos clínicos, fortalecimento da cultura justa e aumento da maturidade institucional em qualidade e segurança do paciente.

Conclui-se que a sustentabilidade da governança clínica exige não apenas a implantação de protocolos, mas o acompanhamento ativo de sua execução, a análise crítica dos resultados e a atuação integrada das lideranças para corrigir desvios, apoiar as equipes e garantir cuidado seguro, efetivo e centrado no paciente.

## 6.5. Cronograma Estratégico

### Cronograma de ações integradas QSP – SCIH em processos e linhas de cuidado

Facilitadores QSP SCIH	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Anna, Flávia, Thatianne, Jana, Leandra e Patrícia	Sinais vitais – NEWS e Identificação do paciente						
	Linha de cuidado: Sepsis						
Anna, Flávia, Thatianne, Jana, Leandra e Patrícia			Higiene das mãos e equipamentos				
			Linha de cuidado: Trauma				
Anna, Flávia, Thatianne, Jana, Leandra e Patrícia				Comunicação na transição de cuidado			
				Linha de cuidado: AVC			
Anna, Flávia, Thatianne, Jana, Leandra e Patrícia					Checagem de medicamentos		
					Linha de cuidado: Código H		
Anna, Flávia, Thatianne, Jana, Leandra e Patrícia						Prevenção de quedas	
						Manejo TEV/TEP	
Wesley	Cuidados acessos, dispositivos e curativo   IPCS e ITU						
Carlos Matheus	Lesões de pele por pressão						
Jana, Leandra e Lauane	Cirurgia Segura (cuidados pré e pós operatório, manejo clínico perioperatório)   ISC						
Flávia	Pneumonia associada a ventilação   PAV						

### Organização de frentes prioritizadas | QSP + SCIH - Facilitadores nas áreas

Progressão	Processos	Linhas de cuidado	PA Facilitadores e garantidores da área	UTI Facilitadores e garantidores da área	CMC Facilitadores e garantidores da área	CC Facilitadores e garantidores da área	MDA Facilitadores e garantidores da área	Transversais
Jan- Fev	Sinais Vitais- NEWS / Identificação dos pacientes	Sepsis	Anna e Enf SCIH -	Flávia Enf QSP-	Thatianne e Enf SCIH -	Leandra e Jana-	Patrícia e Lauane-	Cuidados AVP e dispositivos (Wesley) - ICS e ITU
Março- Abril	Higiene das mãos	Trauma	Anna e Enf SCIH -	Flávia Enf QSP-	Thatianne e Enf SCIH -	Leandra e Jana-	Patrícia e Lauane-	LPP (Thatiane, Carlos e Estomatos)
Abril- Maio	Checagem medicamentosa	AVC	Anna e Enf SCIH -	Flávia Enf QSP-	Thatianne e Enf SCIH -	Leandra e Jana-	Patrícia e Lauane-	Cirurgia Segura (Jana/Leandra) - ISC
Maio- Junho	Comunicação	Código H	Anna e Enf SCIH -	Flávia Enf QSP-	Thatianne e Enf SCIH -	Leandra e Jana-	Patrícia e Lauane-	PAV (Flávia)
Julho- Agosto	Prevenção de quedas	TEP / TEV	Anna e Enf SCIH -	Flávia Enf QSP-	Thatianne e Enf SCIH -	Leandra e Jana-	Patrícia e Lauane-	

O cronograma integrado entre Qualidade e Segurança do Paciente e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar foi estruturado para organizar, priorizar e acompanhar frentes estratégicas de melhoria assistencial ao longo dos meses de janeiro a agosto.

A proposta integra processos críticos de segurança do paciente, linhas de cuidado prioritárias e temas transversais de prevenção de eventos adversos e infecções relacionadas à assistência à saúde. A organização das ações por facilitadores, áreas assistenciais e períodos permite maior clareza de responsabilidades, acompanhamento da execução e direcionamento das intervenções para os pontos de maior impacto institucional.

O cronograma contempla ações nas seguintes frentes:

- Sinais vitais, NEWS e identificação do paciente;
- Higiene das mãos e equipamentos;
- Comunicação na transição do cuidado;
- Checagem medicamentosa;
- Prevenção de quedas;
- Linha de cuidado da sepse;
- Linha de cuidado do trauma;
- Linha de cuidado do AVC;
- Código H;
- Manejo de TEV/TEP;
- Cuidados com acessos, dispositivos e curativos;
- Prevenção de lesão por pressão;
- Cirurgia segura e prevenção de infecção de sítio cirúrgico;
- Prevenção de pneumonia associada à ventilação.

## Objetivo estratégico

Fortalecer a governança clínica e a segurança assistencial por meio da atuação integrada entre QSP, SCIH e facilitadores das áreas, promovendo a padronização dos processos críticos, a redução de riscos assistenciais, a prevenção de eventos

adversos e a melhoria dos desfechos clínicos nas principais linhas de cuidado do hospital.

## Organização do cronograma

O cronograma foi distribuído por ciclos bimestrais, permitindo foco, acompanhamento e sustentação das ações.

### Janeiro e Fevereiro

#### **Processos priorizados:**

Sinais vitais, NEWS e identificação do paciente.

#### **Linha de cuidado:**

Sepse.

**Impacto esperado:** Melhorar a identificação precoce da deterioração clínica, reduzir atrasos no reconhecimento da sepse e qualificar a resposta assistencial diante de pacientes graves ou em risco de agravamento.

### Março e Abril

#### **Processos priorizados:**

Higiene das mãos e equipamentos.

#### **Linha de cuidado:**

Trauma.

**Impacto esperado:** Reduzir riscos infecciosos, fortalecer práticas básicas de prevenção de infecção e qualificar o cuidado ao paciente traumatizado desde a porta de entrada até as áreas assistenciais.

## Abril e Maio

### Processos priorizados:

Checagem medicamentosa.

### Linha de cuidado:

AVC.

**Impacto esperado:** Reduzir falhas relacionadas ao uso de medicamentos, ampliar barreiras de segurança no processo medicamentoso e melhorar a resposta assistencial ao paciente com suspeita ou confirmação de AVC.

## Maio e Junho

### Processos priorizados:

Comunicação na transição do cuidado.

### Linha de cuidado:

Código H.

**Impacto esperado:** Reduzir perdas de informação, falhas na continuidade do cuidado e atrasos na tomada de decisão clínica, especialmente em pacientes com necessidade de resposta rápida e escalonamento assistencial.

## Julho e Agosto

### Processos priorizados:

Prevenção de quedas.

### Linha de cuidado:

TEV/TEP.

**Impacto esperado:** Reduzir eventos evitáveis relacionados a quedas, fortalecer a avaliação de risco e ampliar a prevenção de tromboembolismo venoso e tromboembolismo pulmonar em pacientes hospitalizados.

## Frentes transversais prioritárias

Além dos ciclos mensais, foram definidas frentes transversais com acompanhamento contínuo ao longo do período, considerando seu impacto direto na segurança assistencial e nos indicadores institucionais.

## Cuidados com acessos, dispositivos e curativos

**Foco:** prevenção de infecções associadas a dispositivos, especialmente infecção primária de corrente sanguínea e infecção do trato urinário.

**Impacto para a alta gestão:** Essa frente atua diretamente na redução de IRAS, tempo de permanência, consumo de antimicrobianos, custos assistenciais e risco de eventos graves relacionados a dispositivos invasivos.

## Lesão por pressão

**Foco:** prevenção, identificação precoce e manejo adequado das lesões por pressão.

**Impacto para a alta gestão:** A redução de lesões por pressão contribui para diminuição de dano evitável, melhoria da experiência do paciente, redução de custos com curativos, menor tempo de internação e melhor desempenho nos indicadores de qualidade assistencial.

## Cirurgia segura e infecção de sítio cirúrgico

**Foco:** fortalecimento dos cuidados pré e pós-operatórios, manejo clínico perioperatório e prevenção de infecção de sítio cirúrgico.

**Impacto para a alta gestão:** Essa frente impacta diretamente a segurança cirúrgica, a redução de complicações pós-operatórias, reinternações, reabordagens, prolongamento de internação e custos associados a complicações cirúrgicas.

## Pneumonia associada à ventilação

**Foco:** prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.

### **Impacto para a alta gestão:**

A prevenção de PAV contribui para redução de mortalidade, tempo de ventilação mecânica, permanência em UTI, uso de antimicrobianos e custos assistenciais de alta complexidade.

## Modelo de governança operacional

A estratégia prevê atuação integrada entre facilitadores das áreas assistenciais, garantidores locais, QSP e SCIH. As áreas contempladas incluem:

- Pronto Atendimento — PA;
- Unidade de Terapia Intensiva — UTI;
- Clínicas Médico-Cirúrgicas — CMC;
- Centro Cirúrgico — CC;
- MDA;
- Frentes transversais.

Esse modelo fortalece a corresponsabilização das lideranças e dos profissionais de ponta, permitindo que cada área tenha representantes definidos para apoiar a implantação, monitoramento e sustentação das práticas.

A presença de facilitadores por área é essencial para transformar diretrizes institucionais em prática assistencial real, reduzindo a distância entre planejamento e execução.

## **6.6 Resultados esperados**

### **Impacto estratégico para a alta gestão**

O cronograma apresenta alto valor estratégico para a instituição porque organiza as principais prioridades assistenciais em uma agenda única, integrada e monitorável.

### **Redução de eventos adversos evitáveis**

A atuação sobre sinais vitais, NEWS, identificação do paciente, quedas, comunicação, medicação e cirurgia segura fortalece barreiras de segurança em pontos críticos do cuidado. Isso contribui para redução de eventos adversos graves, falhas de reconhecimento clínico, atrasos terapêuticos, incidentes medicamentosos e danos relacionados ao cuidado.

### **Melhoria dos desfechos clínicos**

As linhas de cuidado priorizadas de sepse, trauma, AVC, Código H e TEV/TEP estão diretamente relacionadas a pacientes de maior gravidade e maior risco de deterioração clínica. A padronização desses fluxos favorece resposta mais rápida, redução de atrasos, maior previsibilidade assistencial e melhores desfechos.

### **Redução de infecções relacionadas à assistência**

A integração com o SCIH fortalece o enfrentamento de temas sensíveis como higiene das mãos, dispositivos invasivos, infecção de sítio cirúrgico, infecção de corrente sanguínea, infecção urinária e pneumonia associada à ventilação. Essa atuação tem

potencial direto de reduzir IRAS, custos assistenciais, tempo de internação e mortalidade associada.

## **Fortalecimento da governança clínica**

O cronograma transforma temas críticos em uma agenda institucional estruturada, com responsáveis definidos, períodos de execução e frentes de acompanhamento. Isso fortalece a governança clínica, melhora a previsibilidade da gestão e apoia a tomada de decisão baseada em risco.

## **Maior integração entre áreas**

A organização dos facilitadores por PA, UTI, CMC, CC, MDA e frentes transversais favorece o trabalho colaborativo, reduz ações isoladas e aumenta a capacidade institucional de resposta. O modelo estimula corresponsabilização e atuação multiprofissional.

## **Sustentação de práticas assistenciais seguras**

A distribuição das ações ao longo dos meses evita concentração excessiva de iniciativas e permite ciclos de implantação, acompanhamento e reforço. Isso aumenta a chance de sustentação das práticas, especialmente em temas que exigem mudança de comportamento da equipe.

## **Indicadores recomendados para acompanhamento**

Para demonstrar resultado à alta gestão, recomenda-se monitorar indicadores de processo, resultado e equilíbrio.

## Ganhos esperados para a instituição

A execução do cronograma estratégico QSP + SCIH tem potencial para gerar ganhos relevantes para a alta gestão:

1. **Maior previsibilidade da gestão assistencial**, com processos críticos organizados em agenda estruturada.
2. **Redução de danos evitáveis**, por meio da implantação de barreiras de segurança nos principais pontos de risco.
3. **Melhoria dos indicadores assistenciais**, especialmente relacionados a infecção, deterioração clínica, queda, lesão por pressão, cirurgia segura e linhas de cuidado tempo-dependentes.
4. **Fortalecimento da cultura de segurança**, com maior envolvimento dos facilitadores e das lideranças locais.
5. **Melhor uso dos recursos institucionais**, com redução de desperdícios, retrabalho, complicações e prolongamento de internação.
6. **Integração entre qualidade, segurança e controle de infecção**, ampliando a capacidade institucional de resposta aos riscos assistenciais.
7. **Apoio à estratégia de governança clínica e acreditação**, com evidências de planejamento, execução, monitoramento e melhoria contínua.

### 6.7. Valorização dos Colaboradores

A valorização dos colaboradores é um elemento essencial para o fortalecimento da cultura organizacional, melhoria do clima institucional e aumento do engajamento das equipes. Em instituições de saúde, esse tema ganha ainda mais relevância, considerando a complexidade da assistência, a pressão diária sobre os profissionais e o impacto direto do trabalho das equipes na segurança do paciente, na experiência do usuário e nos resultados assistenciais.

Valorizar o colaborador significa reconhecer sua contribuição, promover pertencimento, fortalecer vínculos e criar condições para que cada profissional se sinta parte importante dos resultados institucionais.

A ação “O Bom Goleiro” foi criada como uma estratégia lúdica e educativa para reforçar a importância da prevenção de riscos e da atuação antecipada na segurança do paciente. A metáfora do goleiro foi escolhida porque ele representa vigilância, atenção, preparo, leitura rápida do cenário e capacidade de defender o time antes que o dano aconteça.

Assim como no futebol, em que o bom goleiro não espera apenas a bola chegar ao gol para agir, na assistência à saúde o bom profissional também não deve esperar o evento adverso acontecer para tomar uma atitude. Ele observa o ambiente, identifica sinais de risco, comunica rapidamente, aciona protocolos e cria barreiras para proteger o paciente.

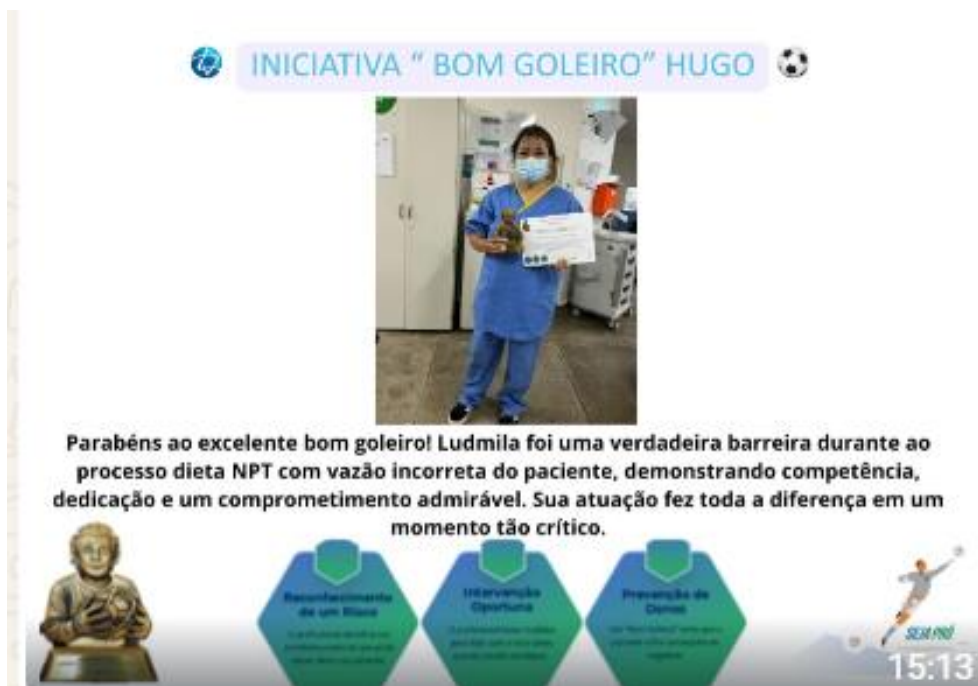
A proposta da ação é sensibilizar os colaboradores de forma simples e marcante, mostrando que cada profissional pode ser um “goleiro da segurança”, responsável por defender o paciente de falhas evitáveis no cuidado.

Podem ser reconhecidos colaboradores de qualquer área que tenham atuado como barreira de segurança, incluindo equipes assistenciais, administrativas, apoio diagnóstico, transporte, recepção, farmácia, higienização, nutrição, hotelaria, manutenção, centro cirúrgico e demais setores envolvidos no cuidado.

Exemplos de atitudes que podem gerar reconhecimento:

- identificou paciente sem pulseira ou com identificação incorreta;
- impediu administração de medicamento no paciente errado;
- percebeu prescrição, dose, via ou diluição incompatível;
- comunicou resultado crítico no tempo adequado;

- acionou protocolo diante de sinais de deterioração clínica;
- identificou risco de queda e implementou medidas preventivas;
- interrompeu procedimento por ausência de confirmação segura;
- percebeu falha no checklist cirúrgico;
- evitou transporte inseguro de paciente;
- identificou ausência de consentimento ou documentação obrigatória;
- comunicou falha em equipamento crítico;
- identificou risco relacionado a isolamento, precaução ou infecção;
- evitou troca de exames, amostras, dietas ou hemocomponentes;
- notificou quase falha relevante para aprendizado institucional



**INICIATIVA "BOM GOLEIRO" HUGO**



Parabéns ao excelente bom goleiro!

Ana Lúcia foi barreira no processo de medicação, demonstrando atenção, competência e dedicação e um comprometimento admirável em um momento crítico.



**INICIATIVA "BOM GOLEIRO" HUGO**

Parabéns ao excelente bom goleiro!  
foi barreira no processo de medicação crítica, demonstrando atenção, competência e um comprometimento admirável em um momento crítico.

**INICIATIVA "BOM GOLEIRO" HUGO**

Parabéns ao excelente goleiro!  
foi verdadeira barreira durante o processo de medicação do paciente, demonstrando um comprometimento admirável. Sua atuação fez toda a diferença em um momento

**INICIATIVA "BOM GOLEIRO" HUGO**

Parabéns ao excelente goleiro!  
foi verdadeira barreira durante o processo de demarcação cirúrgica, demonstrando um comprometimento admirável. Sua atuação fez toda a diferença em um momento

**INICIATIVA "BOM GOLEIRO" HUGO**

Parabéns ao excelente goleiro!  
foi uma verdadeira barreira no processo durante dispensação do medicamento por competência, dedicação e um comprometimento admirável. Sua atuação fez toda a diferença em um momento tão crítico.

09:51

## Reconhecimento dos bons goleiros



## Estátua de premiação

## 6.8. Ações de Humanização



**HUGO em CASA**  
Hospital de Urgências de  
Goiás Dr. Valdemiro Cruz

 **COMUNICADO**

O projeto HUGO em CASA tem como objetivo garantir a continuidade do tratamento e cuidado em ambiente domiciliar, com segurança, humanização e acompanhamento multiprofissional.

 **ORIENTAÇÕES NO MOMENTO DA ALTA**

O médico assistente deverá realizar todos os documentos necessários para a continuidade da assistência em casa:

 **RECEITUÁRIO**

 **SUMÁRIO DE ALTA**

 **RELATÓRIOS MÉDICOS**

 **RELATÓRIO DE INSUMOS**

 **ORIENTAÇÕES DE RETORNO**

 **DEMAIS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

Todos os documentos são fundamentais para garantir a segurança, a qualidade e a continuidade do cuidado em casa.

 **ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM**

Mesmo com o paciente sendo direcionado para o projeto HUGO em CASA, a equipe de enfermagem deve seguir o fluxo padrão de alta:

-  Conferência de todos os documentos
-  Agendamento do retorno
-  Confirmação da forma de transporte
-  Confirmação da acompanhante

Essas etapas são essenciais para uma transição segura e organizada do paciente para o cuidado domiciliar.

 **HUGO EM CASA: PARCEIROS NO CUIDADO**

Após a alta, a equipe do HUGO em CASA será responsável pela continuidade da assistência domiciliar, oferecendo:

-  Administração de antibióticos (ATB)
-  Cuidados e cuidados especializados
-  Suporte à família e orientações sobre cuidados com o paciente

Nossa missão é proporcionar cuidado integrado, seguro e humanizado no conforto do lar do paciente.

 **LEMBRE-SE**

Uma alta bem planejada é o primeiro passo para uma recuperação segura e eficaz em casa. Contamos com o trabalho em equipe para o sucesso do projeto HUGO em CASA.

COORDENAÇÃO HUGO EM CASA

 **Ramal 4369**

  **Celular corporativo  
62 99267-6233**

 **Dúvidas?  
Estamos à disposição!**

**HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ**  
Av. 31 de Março, s/n - Setor Pedro Ludovico - Goiânia - Goiás - 74820-300

O projeto HUGO em Casa tem como objetivo garantir a continuidade do cuidado ao paciente no ambiente domiciliar, com segurança, humanização e acompanhamento multiprofissional. A proposta fortalece a transição segura do cuidado hospitalar para o domicílio, promovendo vínculo com o paciente e sua família, além de reduzir riscos relacionados à descontinuidade da assistência.

As ações desenvolvidas demonstram o compromisso institucional com um cuidado centrado na pessoa, respeitando suas necessidades clínicas, emocionais, sociais e familiares.

O projeto contempla o acompanhamento por equipe multiprofissional, incluindo profissionais como médico, enfermagem, conforme a necessidade do paciente.

Essa atuação integrada permite uma visão ampliada do cuidado, considerando não apenas a doença, mas também o contexto familiar, emocional e social do paciente.

A presença da equipe no domicílio humaniza a assistência ao aproximar o hospital da realidade do paciente, permitindo intervenções mais personalizadas e alinhadas às suas necessidades.



As ações com bexigas e balões foram propostas como estratégia lúdica e simbólica para fortalecer a humanização no processo de desospitalização. A utilização dos balões representa leveza, esperança, continuidade e celebração da recuperação do paciente. Além de tornar o momento da alta mais acolhedor, a ação contribui para envolver paciente, família e equipe multiprofissional em uma experiência positiva, reforçando que a alta hospitalar não significa interrupção do cuidado, mas continuidade assistencial em ambiente domiciliar, com segurança, orientação e acompanhamento.

Essas ações também favorecem a comunicação visual, a educação em saúde e o engajamento das equipes, tornando o processo de alta mais afetivo, organizado e centrado nas necessidades do paciente e de sua rede de apoio.

## 6.9. Soluções Tecnológicas e Inovação

### 6.9.1 Projeto da base 0530.

Automatização da base de dados extraída do MV, com o objetivo de viabilizar o envio automático das informações referentes aos pagamentos médicos realizados, garantindo maior eficiência e confiabilidade na prestação de contas junto à SES.

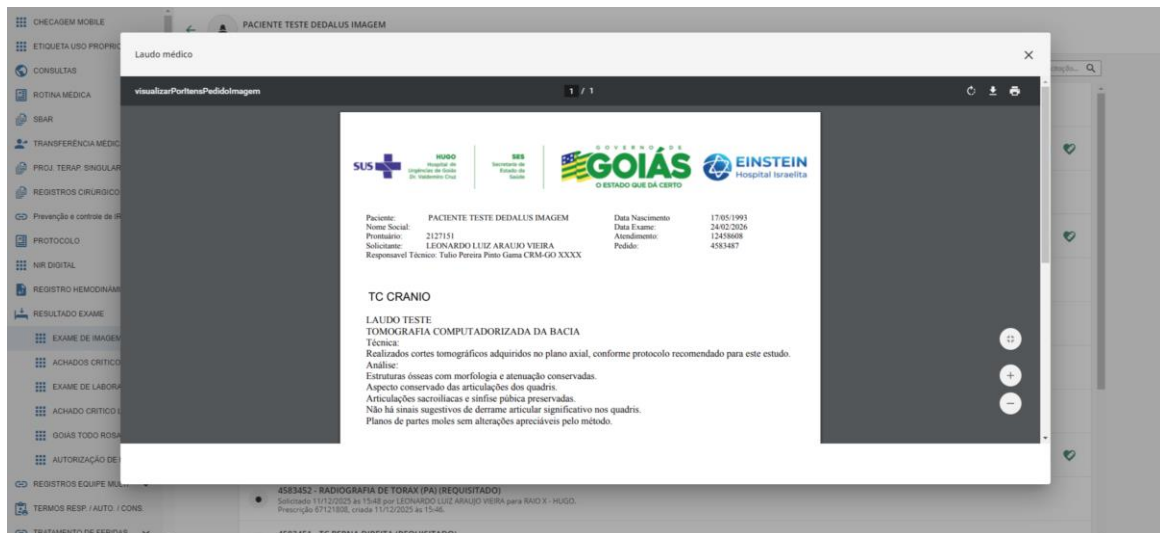
FAP	DEDUÇÕES	COFINS	CSLL	BASEPIS/SS/FOLHA	NOTAFISCAL	OBSERVAÇÕES	CARGO	CODIGO/CBO	MES	DATA/MISSAO	DATA/RECISAO	VALOR/RECISAO	GRFF	MULTARECISAO	SALARIO/FAMILIA	SALARIO/MATERNIDADE	AUXILIOS	DESC	
48.80	18.40			10.14	53		medico		03										
52.20	17.40			11.31	309		medico		03										
218.40	72.80			47.32	176		medico		03										
15.97	5.32			3.48	388		medico		03										
48.40	22.80			14.82	4		medico		03										
117.80	38.20			25.48	8		medico		03										
113.40	37.80			24.57	98		medico		03										
824.78	274.80			178.70	12		medico		03										
95.48	22.16			14.41	31		medico		03										
89.20	23.16			15.82	646		medico		03										
14.59	4.88			3.16	392		medico		03										
87.48	28.16			18.95	643		medico		03										
45.20	15.89			9.81	184		medico		03										
85.80	28.80			18.59	65		medico		03										
327.80	109.20			79.88	68		medico		03										
282.80	97.80			68.94	27		medico		03										
277.20	92.48			68.98	18		medico		03										
295.20	98.40			63.96	47		medico		03										
148.40	48.80			30.42	23		medico		03										
240.48	80.16			52.10	8		medico		03										
518.80	172.20			111.93	51		medico		03										
93.60	31.20			20.28	35		medico		03										
93.60	31.20			20.28	38		medico		03										
1.32	0.44			0.29	374		medico		03										
2.24	0.75			0.49	224		medico		03										

### 6.9.2 Integração MV com Banco de Sangue Realblood.

Integração do sistema MV com o sistema de banco de sangue Realblood, com o objetivo de otimizar e padronizar os processos, fortalecendo a segurança do paciente e promovendo maior eficiência operacional.

Cód. Pedido #	Cód. Pedido Ext. #	Dt./Hr Solicitação #	Origem #	Receptor #	Material #	Qde. #	Localização #	Tipagem #
11347	15338980	04/05/2026 19:00	Prescrição	JOSEFA BENTO DA SILVA	CONCENTRADO DE HEMACIAS CPDA-1	1	ENF 415	A-
11350	15333546	04/05/2026 19:00	Prescrição	JANISMAR FERREIRA DA COSTA	CONCENTRADO DE HEMACIAS CPDA-1	1	ENF 409	O+
11351	15426702	04/05/2026 12:35	Prescrição	ELECIANE DE ALMEIDA CAETANO	CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE DESLEUCOCITADO	1	REANIMA	O+
11353	15158844	04/05/2026 13:46	Prescrição	EDIR PAULA NUNES	CONCENTRADO DE HEMACIAS CPDA-1	1	ENF 205	B+

### 6.9.3 Integração MV com PACS DEDEALUS



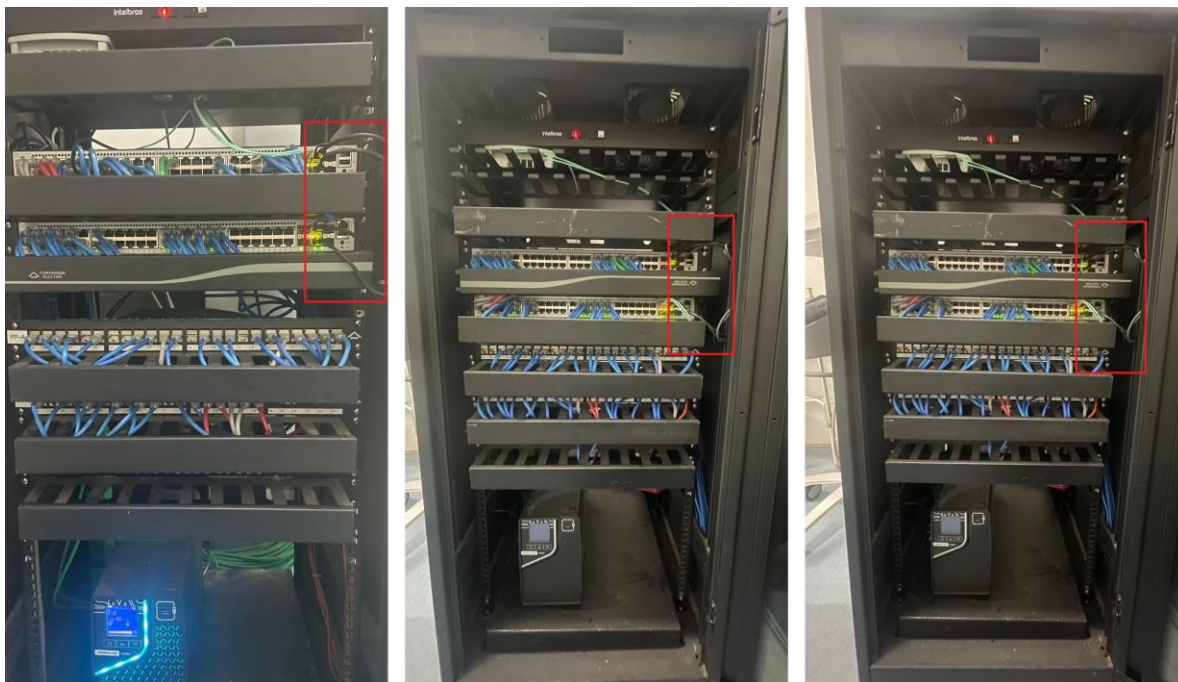
### 6.10.1 Treinamento entre o time de tecnologia.

Treinamento e alinhamento dos novos processos adotados na área de tecnologia da informação das unidades HUGO, garantindo a padronização das rotinas e a correta utilização das novas práticas implementadas pelo novo Coordenador de Tecnologia Gilson.



### 6.10.2 Substituição dos Cabos UTP para Cabos DAC - Switches

Foi realizada a substituição dos cabos UTP responsáveis pela comunicação entre os switches dos racks por cabos DAC. Essa mudança tem como objetivo melhorar a organização do ambiente, aumentar a segurança e elevar a performance na comunicação entre os equipamentos da unidade, otimizando o tráfego de dados entre internet, rede local e sistemas, com upgrade de 1 Gb para 10 Gb.

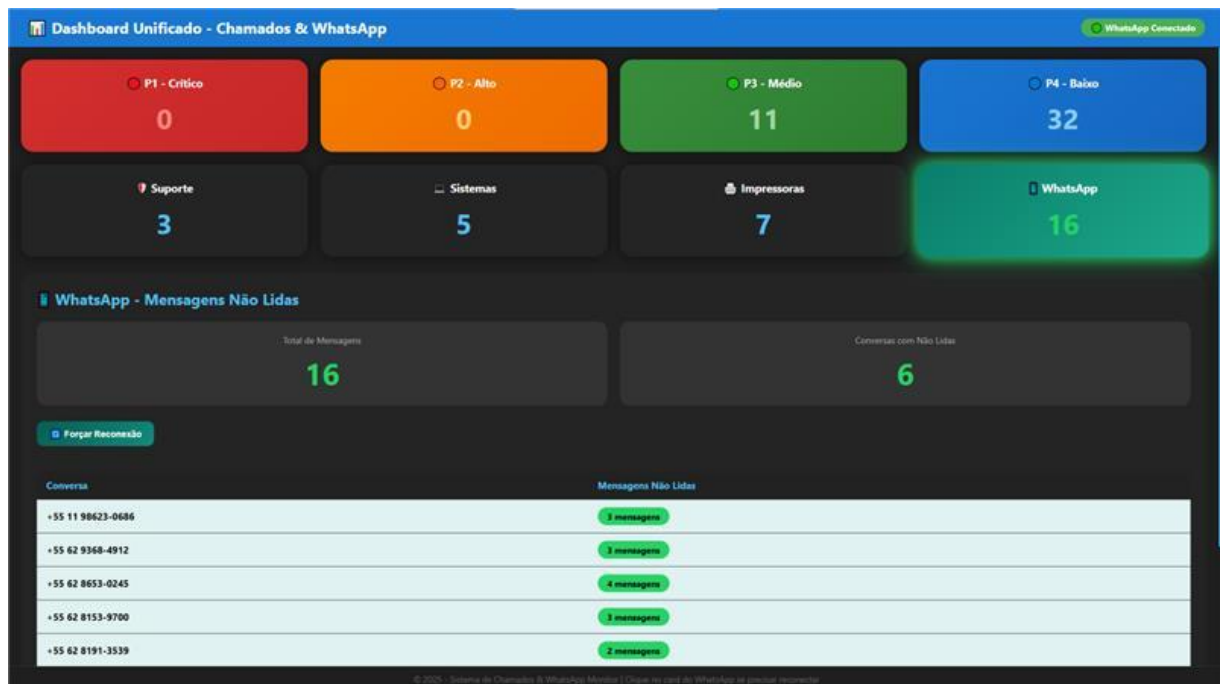


### 6.10.3 Painel de Chamados

O novo painel de chamados contempla a classificação por criticidade das demandas, bem como a integração com comunicados enviados pelos usuários por meio do número corporativo via WhatsApp, permitindo alertas em tempo real para novas mensagens.

Essa iniciativa tem como objetivo acelerar a comunicação entre o time de suporte técnico e os usuários da unidade, contribuindo para maior agilidade no atendimento.

Além disso, o painel apresenta a segregação do quantitativo de chamados por área (Sistemas, Suporte e Infraestrutura), possibilitando um melhor mapeamento das demandas e apoio na tomada de decisão.



## 6.11. Procedimentos de Alta Complexidade

No período analisado, destacaram-se procedimentos cirúrgicos e endoscópicos de elevada complexidade, especialmente no contexto das urgências hepatobiliopancreáticas e do manejo minimamente invasivo de pacientes graves e de alto risco cirúrgico. Entre os casos conduzidos, ressalta-se o tratamento cirúrgico de um coleperitônio secundário a trauma hepático em paciente jovem, bem como a realização de drenagem hepática cirúrgica em paciente com colangite e histórico prévio de derivação biliodigestiva, condições que demandaram elevada capacidade técnica, planejamento terapêutico individualizado e atuação integrada entre equipes assistenciais.

Ainda no contexto hepatobiliar e endoscópico, foram realizados procedimentos de alta complexidade, como colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) de urgência em paciente idoso com colangite aguda, drenagem endoscópica de

pseudocisto pancreático e tratamento de síndrome de Bouveret, condição rara caracterizada por obstrução digestiva alta secundária à impactação de cálculo biliar. Destaca-se também o manejo de hemorragia digestiva alta refratária em paciente imunossuprimido, com utilização de terapia a vácuo endoscópica, além da realização de múltiplas vacuoterapias para tratamento de perfurações agudas do trato digestivo.

Essas abordagens minimamente invasivas e altamente especializadas possibilitaram a resolução de casos complexos sem necessidade de cirurgias de grande porte em pacientes frágeis, contribuindo para redução de morbidade, menor tempo de internação e maior eficiência no giro de leitos hospitalares, alinhando inovação terapêutica, segurança assistencial e racionalidade no uso de recursos.

Na área de ortopedia, mantiveram-se procedimentos de elevada complexidade técnica, incluindo artroplastias e revisões de quadril com utilização de materiais OPME de alta performance, como componentes em polietileno crosslinked e próteses de cerâmica, empregados conforme critérios técnicos e evidências consolidadas na literatura ortopédica. Destacaram-se ainda cirurgias complexas de coluna e intervenções ortopédicas especializadas, reforçando a capacidade da unidade na condução de casos de maior complexidade musculoesquelética.

O período também foi marcado pela expressiva atuação da equipe de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, com importante participação no manejo hospitalar de casos complexos e na assistência integrada aos pacientes críticos, fortalecendo o caráter multiprofissional da assistência prestada.

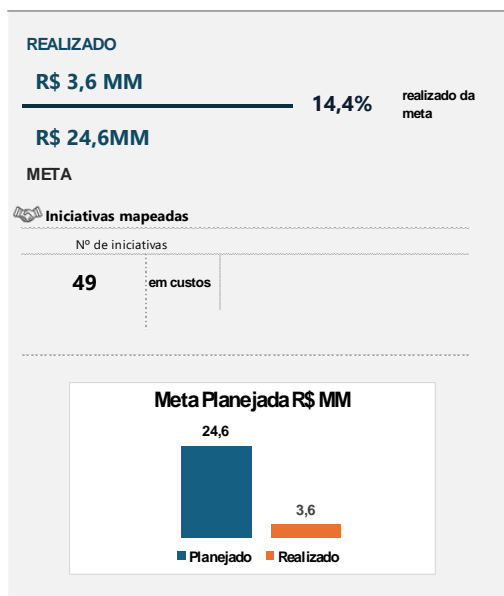
A realização desses procedimentos reafirma o papel do HUGO como referência estadual em urgência, trauma e alta complexidade no âmbito do SUS, evidenciando capacidade resolutiva avançada, incorporação de tecnologias assistenciais especializadas e compromisso institucional com qualidade assistencial, segurança do paciente e excelência no cuidado em saúde.

## 6.12. Economia Gerada

A unidade conta com o fórum de acompanhamento de resultados denominado Gerenciamento Matricial de Resultados (GMR), uma metodologia de gestão que integra diferentes áreas da organização para o monitoramento sistemático de metas, indicadores e planos de ação. Esse modelo promove maior alinhamento entre a estratégia institucional, a operação assistencial e os resultados econômico-financeiros, fortalecendo a governança e a tomada de decisão baseada em dados.

Até o momento as iniciativas somam R\$ 24,6MM, para uma captura no ano de 2026, e com o valor realizado de R\$ 3,6MM, em linha com o Plano de Eficiência Econômica da Unidade.

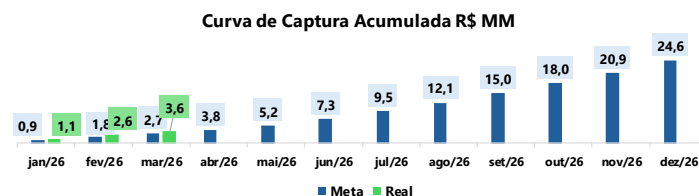
## Gerenciamento Matricial de Resultado 2026



Acompanhamento das iniciativas para atingimento do plano 2026

R\$	Mão de obra*	Mat. e med.	Outros gastos
<b>REALIZADO</b>	-	135.171	3.421.608
<b>META</b>	5.976.000	1.110.000	17.559.667
<b>% realizado da meta</b>	0,0%	12,2%	19,5%

**Cronograma de captura e realização (R\$ MM)**



## 7. Operações

### 7.1. Facilities (Higienização, Rouparia, Resíduos)

#### 7.1.1 Higienização

No mês de abril de 2026, a operação de Higienização do HUGO manteve elevado nível de conformidade operacional, alcançando 100% de execução das limpezas concorrentes programadas em áreas críticas, além da realização de 1.289 limpezas extras, demonstrando agilidade operacional e suporte à alta demanda assistencial da unidade.

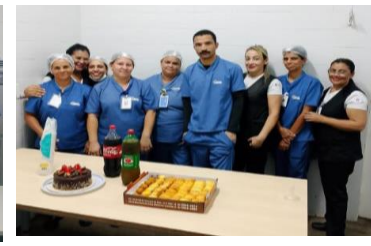
Nas limpezas terminais, o índice geral de conformidade foi de 97,9%, com desempenho de 99% nas áreas críticas, 99% nas áreas semicríticas e 95% nas áreas não críticas. Durante o período, foram realizadas 11 limpezas terminais extras em setores estratégicos da unidade, reforçando o suporte operacional às áreas assistenciais e administrativas.

Foram executadas 1.149 limpezas terminais de leitos, com tempo médio de 26 minutos e 25 segundos, evidenciando boa produtividade da equipe frente à elevada rotatividade e ocupação hospitalar.

Em relação à capacitação das equipes, o indicador de treinamentos técnicos atingiu 98% de adesão, demonstrando forte comprometimento dos colaboradores com os processos institucionais e com a segurança assistencial. Foram realizados treinamentos voltados para limpeza terminal e concorrente, produtos químicos saneantes e prevenção de IRAS.



Os indicadores de gestão de pessoas permaneceram sob monitoramento contínuo, com absenteísmo de 2,27% e turnover de 5,0%, ambos acompanhados por planos de ação voltados à estabilidade operacional e retenção de talentos.

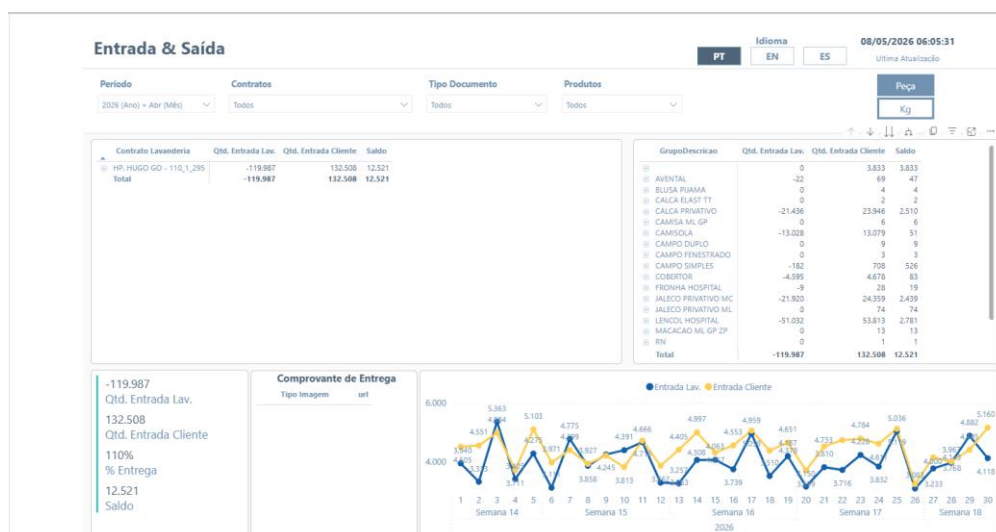


### 7.1.2 Rouparia

A operação de Rouparia e Lavanderia manteve monitoramento contínuo dos indicadores operacionais e de consumo de enxoval, garantindo suporte às unidades assistenciais.

A análise da movimentação diária evidencia estabilidade operacional ao longo do mês, com equilíbrio entre entrada da lavanderia e distribuição às unidades, mantendo regularidade no abastecimento dos setores assistenciais. Os maiores volumes de movimentação ocorreram entre as semanas 14 e 18, acompanhando o aumento da ocupação hospitalar e da demanda assistencial.

Entre os itens com maior volume de processamento destacaram-se lençol hospitalar (53.813 peças), jaleco privativo MC (24.359 peças), calça privativa (23.946 peças) e camisola (13.079 peças), refletindo o perfil operacional e assistencial da unidade hospitalar.



Durante o período, permaneceu ativo o monitoramento dos indicadores de entrada, saída, saldo e visibilidade do enxoval via sistema Myelis.

No campo das ações de melhoria e padronização, foi realizado DDS (Diálogo Diário de Segurança) com a equipe de rouparia, com foco na montagem correta dos kits de enxoval e no preenchimento adequado dos registros de entrega. A iniciativa reforçou a padronização dos processos, promoveu maior organização das atividades e fortaleceu o controle operacional.

Visando aprimorar a segregação e rastreabilidade dos enxovais sujos, foi implantada a identificação dos sacos por setor por meio de pincel marcador, proporcionando maior organização no fluxo de coleta, melhor controle dos volumes encaminhados à lavanderia e maior segurança no processo.

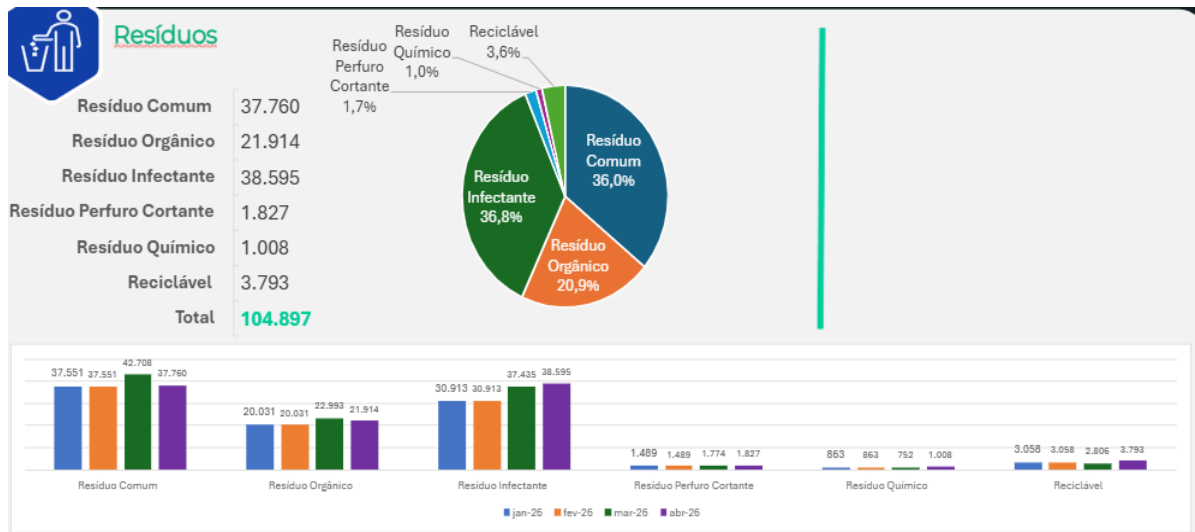


Adicionalmente, foram realizadas ações voltadas à valorização e ao engajamento da equipe de camareiras. As iniciativas tiveram como objetivo reconhecer o desempenho dos colaboradores, fortalecer a motivação da equipe e incentivar a excelência na prestação dos serviços.

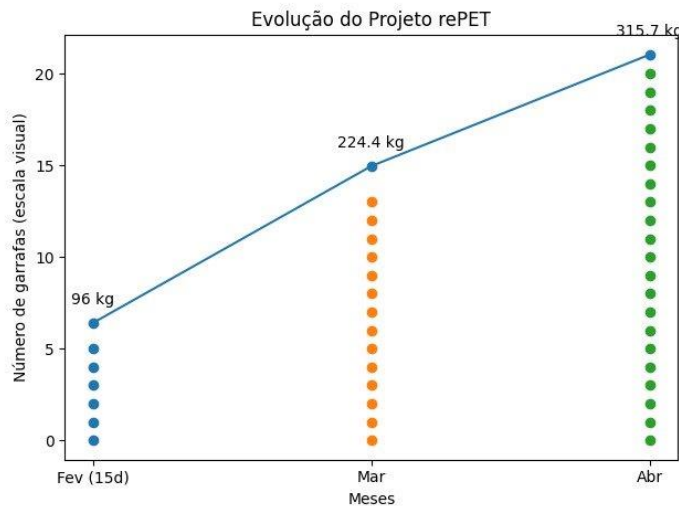
### 7.1.3 Resíduos

A gestão de resíduos do HUGO manteve monitoramento contínuo dos volumes gerados durante o mês de abril de 2026, totalizando 104.897 kg de resíduos hospitalares. Os resíduos infectantes representaram o maior percentual gerado no período, com 38.595 kg (36,8%), seguidos pelos resíduos comuns, com 37.760 kg (36,0%), e resíduos orgânicos, com 21.914 kg (20,9%). Também foram destinados adequadamente 3.793 kg de materiais recicláveis (3,6%), 1.827 kg de resíduos perfurocortantes (1,7%) e 1.008 kg de resíduos químicos (1,0%).

A análise comparativa dos últimos quatro meses demonstra estabilidade na geração dos resíduos comuns e infectantes, refletindo manutenção do perfil assistencial e alta taxa de ocupação hospitalar. Observa-se redução no volume de resíduos orgânicos em abril quando comparado a março (22.993 kg para 21.914 kg), indicando melhor controle operacional e possível otimização dos processos de descarte e consumo interno.



Em relação aos resíduos recicláveis, houve crescimento expressivo no mês de abril, passando de 2.806 kg em março para 3.793 kg em abril, representando aumento aproximado de 35%, resultado associado ao fortalecimento das ações de segregação correta, conscientização das equipes e avanço das iniciativas de sustentabilidade institucional, incluindo o Projeto rePET.



## 7.2. Projetos e Obras

### 7.2.1- Projetos

### 7.3. Obras

#### 7.3.1- Obra UTI 5

A obra de Reforma da Unidade de Terapia Intensiva – UTI 05 do Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) encontra-se em fase de execução, em conformidade com o contrato vigente, cujo término contratual está previsto para 15 de junho de 2026.

Conforme apurado no Planejamento Semanal consolidado até a data-base de 17 de abril de 2026 (Semana S22), o avanço físico acumulado efetivamente executado corresponde a 46,66%, frente a 64,84% previstos no Cronograma Reprogramado vigente. A distribuição dos avanços entre as frentes de serviço apresenta variações setoriais, sendo a climatização a disciplina de maior avanço com 95% de execução. As demais zonas Roxo, Amarela, Azul, Vermelho e Verde encontram-se em diferentes estágios de execução de infraestrutura predial, com frentes de serviço em andamento simultâneo, compreendendo sistemas de gases medicinais, combate a incêndio, hidráulicos, elétrica e estrutura de forro.

Em face da variação verificada entre o executado e o previsto no cronograma reprogramado, a contratada apresentará, nas próximas semanas, Plano de Aceleração contemplando a intensificação das equipes, execução simultânea das frentes prioritárias e cronograma físico semanal detalhado por zona de trabalho, com vistas à recuperação do desvio apurado e ao cumprimento do prazo contratual estabelecido. O término contratual de 15 de junho de 2026 permanece inalterado, sendo este o horizonte de entrega da unidade à operação assistencial do HUGO.

A obra encontra-se sob acompanhamento técnico, administrativo e contratual sistemático pela fiscalização, em consonância com as disposições legais e contratuais

vigentes e com as exigências normativas específicas para ambientes assistenciais de alta complexidade.

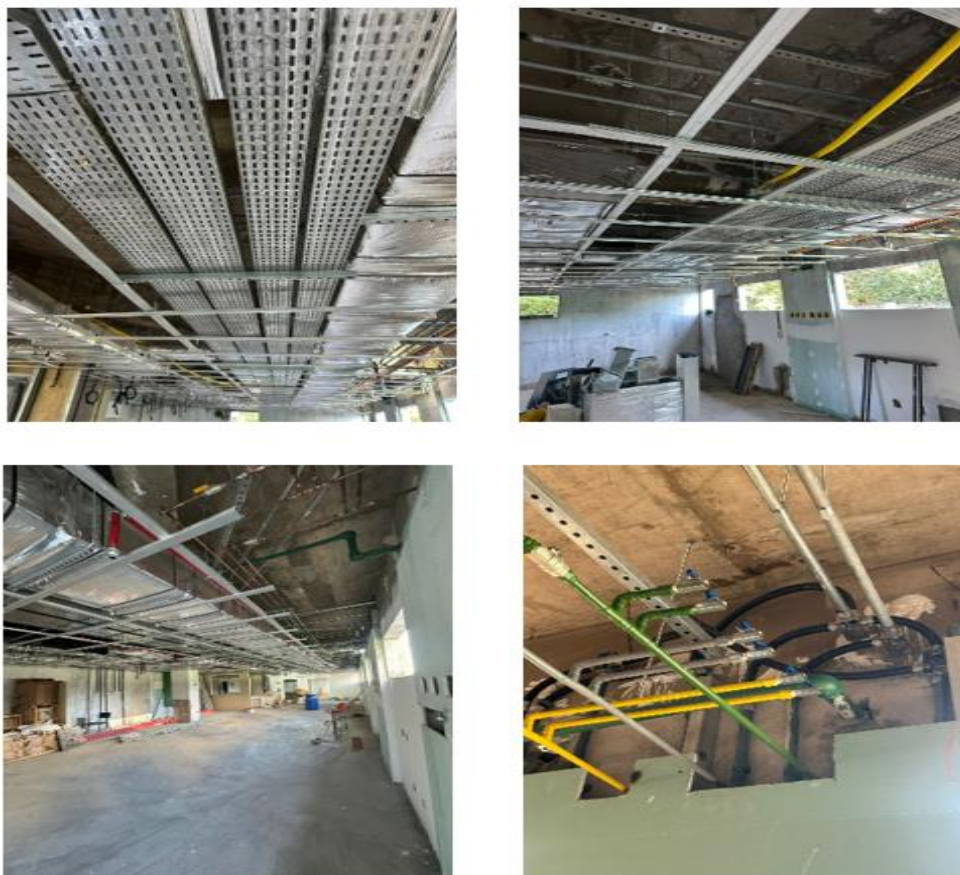


Foto 01 - Intervenções UTI 5

### 7.3.2- Obra Reforma Sanitários

A reforma dos banheiros do Hospital de Urgência de Goiás compreende um conjunto de intervenções destinadas à adequação funcional, sanitária e construtiva dos ambientes, com o objetivo de melhorar as condições de uso, higiene, segurança e conformidade com as normas técnicas vigentes, em especial as disposições da ANVISA, Vigilância Sanitária e normas ABNT aplicáveis a estabelecimentos assistenciais de saúde.

O escopo dos serviços executados e em execução abrange demolições controladas de revestimentos, pisos, forros e elementos deteriorados; remoção de louças, metais e acessórios obsoletos; adequação e regularização dos layouts internos quando necessário; revisão e substituição das instalações hidrossanitárias; execução e recomposição de impermeabilizações; assentamento de novos revestimentos cerâmicos; instalação de novas louças, metais e acessórios; além dos serviços de pintura, acabamento e limpeza final. Todas as intervenções vêm sendo realizadas de forma setorizada e planejada, com o intuito de minimizar impactos na operação da unidade hospitalar.

No que se refere ao avanço físico da obra, na data de elaboração deste relatório 30 de abril de 2026, registra-se um avanço físico acumulado de 48,4%, tendo sido consumidos 191 dos 243 dias de prazo contratual, equivalente a 78,6% do prazo total. Dos 184 ambientes previstos em contrato, 81 encontram-se concluídos (44,0%), 20 estão em fase de execução (10,9%) e 83 ambientes ainda não tiveram início (45,1%), estando programados para execução nas frentes subsequentes, em conformidade com o cronograma físico-financeiro vigente, sem impacto no prazo final contratual de 20 de junho de 2026.

Cabe registrar que os ambientes ainda não iniciados decorrem, em sua maioria, do planejamento sequencial de liberação de áreas junto aos responsáveis setoriais do hospital, processo que se encontra em plena tratativa e execução. As liberações estão sendo coordenadas de forma a garantir a continuidade assistencial da unidade, sem comprometimento do cronograma global da obra.

No aspecto financeiro, o valor medido acumulado até a presente data é de R\$ 1.058.028,00, representando 35,3% do valor contratual total de R\$ 2.997.640,10. O avanço físico de 48,4% encontra-se 13,2 pontos percentuais acima do percentual financeiro medido, evidenciando que a execução física está à frente das medições

formalizadas, o que caracteriza uma posição financeira favorável ao contratante no presente estágio da obra.

A fiscalização da Politécnica Engenharia segue acompanhando diariamente a evolução dos serviços, realizando inspeções técnicas, registros fotográficos e controle de qualidade dos materiais e serviços aplicados, com vistas a garantir a conformidade técnica, o cumprimento dos prazos contratuais e o padrão de qualidade exigido para estabelecimentos hospitalares de alta



Foto 01 - Intervenções Sanitário



Foto 02 - Intervenções Sanitários

### 7.3.2- Obra Reforma Telhados

Ressalta-se que os serviços foram integralmente executados conforme o escopo previsto em projeto, contemplando todas as etapas da intervenção, desde a remoção de elementos comprometidos até a finalização dos sistemas de cobertura, impermeabilização e vedação.

Dessa forma, a obra encontra-se, no presente momento, em fase de prestação de contas, com a devida consolidação das medições, documentação técnica e demais registros necessários para encerramento administrativo e financeiro do contrato.

### 7.4 Manutenção Predial

No período de abril de 2026, foram executadas diversas ações de manutenção predial com foco na melhoria das condições operacionais, segurança e funcionalidade das instalações.

Conforme evidenciado na Foto 01, foi realizada a instalação de novos refletores, proporcionando melhor iluminação dos ambientes, com impacto direto na segurança e nas condições de trabalho, especialmente em áreas de maior circulação ou atividades em períodos noturnos.

Na Foto 02, observa-se a instalação de novos chuveiros, ação voltada à melhoria das condições de uso das instalações sanitárias, garantindo maior conforto aos usuários e adequação dos equipamentos às condições operacionais exigidas.

As Fotos 03 e 04 demonstram a execução de manutenção corretiva e preventiva, bem como a organização dos quadros elétricos. As intervenções contemplaram ajustes de componentes, identificação de circuitos e adequação do arranjo interno, contribuindo para a segurança das instalações elétricas, redução de riscos de falhas e facilitação de futuras manutenções.

Por fim, conforme apresentado na Foto 05, foi realizada a instalação de novas bancadas na cozinha, visando a melhoria da infraestrutura do ambiente, proporcionando maior ergonomia, higiene e adequação às atividades desenvolvidas no local.

De forma geral, as ações executadas no período refletem o compromisso com a manutenção contínua das instalações, priorizando segurança, funcionalidade e conformidade com as boas práticas técnicas.



Foto 01 - Instalação de novos refletores



Foto 02 - Instalação de novos chuveiros



Foto 03 - Manutenção e organização de quadros elétricos



Foto 04 - Manutenção e organização de quadros elétricos



Foto 05 - instalação de novas bancadas na cozinha

## 7.5. Segurança Patrimonial

### 7.5.1 - Treinamentos



Em abril de 2026, a Segurança Patrimonial recebeu treinamento sobre cuidados básicos, protocolos sanitários, higienização das mãos e a importância do autocuidado e vigilância no ambiente hospitalar.



No corrente mês, realizamos diversos momentos de diálogos de segurança com temas variados, reforçando nossos procedimentos operacionais e controle dos cenários de crise.

### 7.5.2 - Apoio nas operações aeromédicas

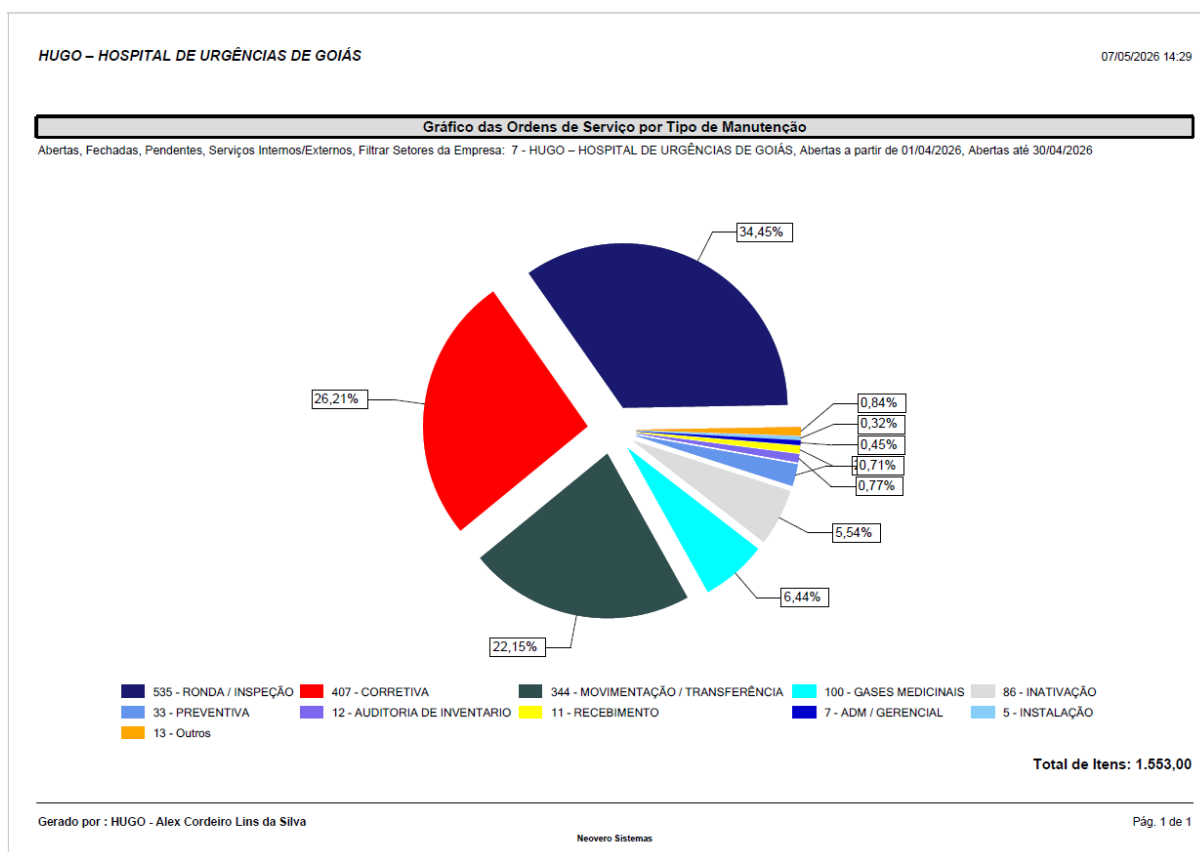


A segurança patrimonial, segue nos apoios as operações aeromédicas destinadas ao Hospital de Urgências de Goiás, com a missão de promover segurança e prevenção nos desdobramentos da operação.

## 7.6 Engenharia Clínica

Durante o mês de abril de 2026, foram abertas, ao total, 1.553 ordens de serviço. Destas, foram executadas um total de 1.426 ordens de serviço, além de outras 101 ordens de serviços pendentes de meses anteriores, representando um percentual de conclusão de 91,82%.

O gráfico abaixo demonstra o perfil das atividades desenvolvidas pelo serviço de engenharia clínica no mês de abril de 2026.



**Gráfico – Ordens de serviço por tipo de manutenção abertas, fechadas e pendentes em abril de 2026**

No mês de abril de 2026 foram recebido e instalados um equipamento de ultrassonografia portátil recebido destina-se ao uso em Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ampliando a capacidade assistencial da unidade em

ambientes críticos. Sua utilização proporciona suporte diagnóstico imediato à beira-leito, contribuindo para a tomada de decisão clínica rápida, segura e baseada em imagem em tempo real.

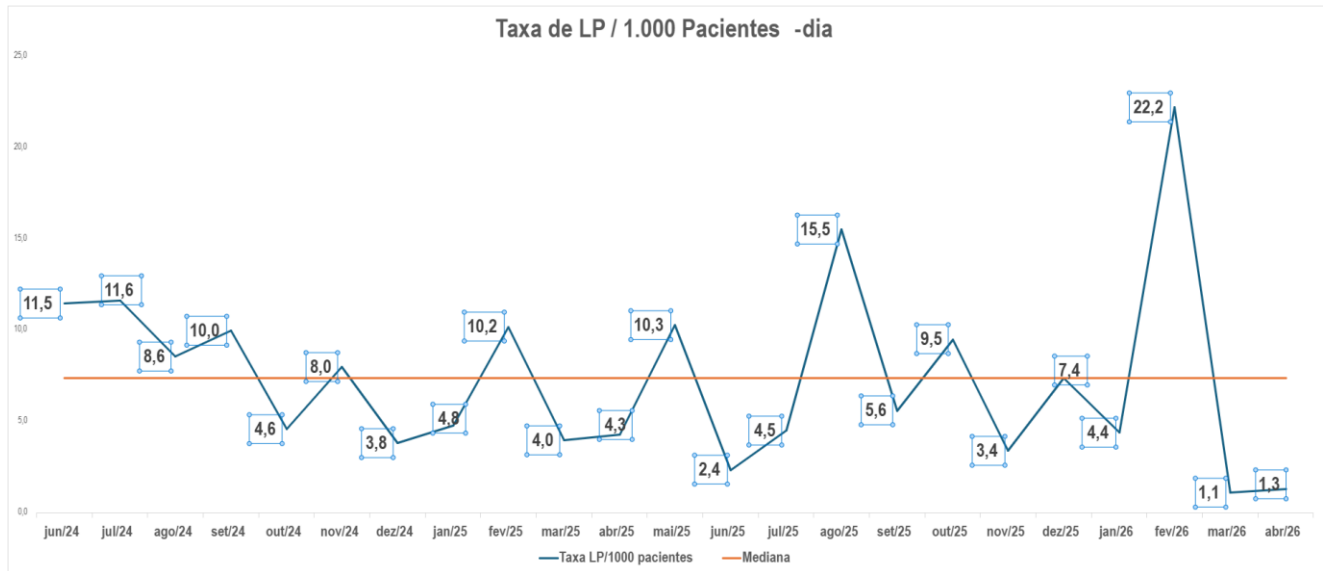
O recurso possibilita a realização de procedimentos guiados por imagem, como acessos vasculares, bloqueios regionais e avaliações hemodinâmicas, reduzindo riscos, complicações e a necessidade de deslocamento do paciente. Adicionalmente, fortalece a segurança do paciente, otimiza fluxos assistenciais, diminui tempo de internação e apoia práticas de cuidado intensivo e cirúrgico alinhadas às diretrizes atuais de qualidade e eficiência no atendimento em saúde.



**Figura –** Recebimento de 1 ultrassom portátil Mindray ME7

## 8. Núcleo de Práticas, Qualidade e Segurança do Paciente

### 8.1 Lesão por pressão - Estomaterapia.



O mês de abril foi marcado por uma taxa de 1,3 lesões/1000 pacientes/dia, destas sendo uma incidência de 80% de *never events* (lesão por pressão estágio 3, 4 e não classificáveis), predominantemente em pacientes críticos com múltiplos fatores de risco clínico-assistenciais. Embora tenha sido observado um aumento de 18,2% na incidência de lesões por pressão notificadas em comparação com o mês anterior, os indicadores permanecem significativamente inferiores aos observados em fevereiro, período marcado pela auditoria Magnet.

Fazendo uma análise crítica da incidência das lesões, observa-se que os períodos de auditoria estruturada, como no processo Magnet (realizado trimestralmente), ampliam a sensibilidade da vigilância epidemiológica das lesões por pressão, por meio da avaliação sistemática da pele dos pacientes internados, favorecendo maior acurácia na identificação e notificação dos eventos, gerando dados de incidência importantes para a tomada de decisão de forma assertiva.

O desenvolvimento de lesões por pressão na unidade Hugo está fortemente relacionado ao perfil de gravidade dos pacientes vítimas de trauma e neurocríticos, com uso de drogas vasoativas em altas doses, imobilidade relacionado às fraturas de coluna e de pele, perfil de comorbidades, idade avançada, entre outros. Tais fatores

estão sendo mitigados, principalmente com: avaliação precoce da pele e melhor performance do time na implementação das medidas de prevenção de lesão por pressão, uso das escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de lesão por pressão (BRADEN e EVARUCI), além do uso das espumas multicamadas (curativo de poliuretano com silicone) para atuação nas áreas de proeminências ósseas, reduzindo o risco de fricção e cisalhamento, em conjunto com ações para otimizar mudanças de decúbito, além de auditoria diária dos processos nas áreas.

Uma das estratégias implementadas neste mês de abril foi o uso da placa de mudança de decúbito, posicionada beira leito em todos os pacientes da UTI, além das auditorias diárias relacionadas a este processo. O enfermeiro responsável pelo leito do paciente fica encarregado de identificar beira leito o resultado na escala de avaliação de risco do paciente (baixo, moderado, alto ou muito alto risco) e o técnico de enfermagem realiza uma checagem na placa de mudança de decúbito de acordo com a mudança realizada e o horário realizado. Desta forma, a estomaterapia audita este processo diariamente, através de um formulário de avaliação para identificação dos principais horários em que a mudança de decúbito está sendo realizada.

<b>Mudança de Decúbito</b>							
Frequência: 2/2 Horas				EVARUCI:			
HORÁRIO	DDH	DLE	DLD	HORÁRIO	DDH	DLE	DLD
07:00				19:00			
08:00				20:00			
09:00				21:00			
10:00				22:00			
11:00				23:00			
12:00				00:00			
13:00				01:00			
14:00				02:00			
15:00				03:00			
16:00				04:00			
17:00				05:00			
18:00				06:00			
19:00				07:00			

Atenção: marque um X conforme horário da mudança de decúbito.  
DDH: decúbito dorsal horizontal ; DLE: decúbito lateral esquerdo; DLD: decúbito lateral direito

Adesão à mudança de decúbito, percentual de uso de espuma multicamadas, taxa de avaliação da escala de risco de Braden em até 6 horas de admissão, auditorias de conformidade e treinamento das equipes, são ações recorrentes realizadas pela estomaterapia, além do acompanhamento das lesões já identificadas, direcionando o time assistencial com as melhores práticas de tratamento destes indivíduos com

lesões, através da solicitação dos pareceres no MV (comissão de curativos), respondidos pelo time de estomaterapia.

## 9. Ensino Corporativo

Quantitativo de Treinados HUGO - Abril 2026			
Nome do Treinamento	Turmas Previstas	Público-Alvo	Treinados
Treinamento Admissional de Enfermagem	02	31	19
Treinamento Admissional Equipe Multiprofissional	01	10	6
Treinamento Admissional Equipe de Atendimento	03	22	18
Trilha Institucional Novo Colaborador 2026	01	147	811
ACLS	01	06	06
RCP para Técnicos de Raio X	-	66	48

### Equipe de Enfermagem, Médica e Equipe Multidisciplinar

A Educação Corporativa do Einstein, tem por objetivo oferecer treinamento e capacitação aos profissionais de saúde, através de metodologias online, presencial e híbrida, para o desenvolvimento de competências, com o uso de estratégias educacionais que buscam favorecer uma assistência segura, efetiva e acolhedora aos pacientes em cenários reais e desafiadores.

#### Treinamento Admissional de Enfermagem

**Temas transversais:** Segurança do Colaborador, Educação do Paciente e Família, Descarte de Resíduos, Experiência do Paciente, Diversidade e Inclusão, Competências socioemocionais (comunicação, trabalho em equipe, consciência situacional).

**Estratégias de treinamento:** metodologias ativas, colaborativas, com práticas de habilidades e uso da estação por rotação, prática monitorada, jogos educacionais e cases situacionais.

**Carga Horária:** 3 dias sequenciais de treinamento presencial (6h por dia)

*O profissional recebe o status de “presente” no treinamento ao comparecer nos 3 dias. Caso se ausente em 1 destes dias, o status fica como “ausente” até que haja reposição da falta.*

*Em abril ocorreram o total de duas turmas com 19 novos colaboradores treinados.*



*Turmas de 06 a 08/04 e de 20 a 23/04*

### **Equipe Multiprofissional**

O público-alvo está dividido por categorias da equipe multiprofissional: fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes sociais, biomédicos, educadores físicos, psicólogos, farmacêuticos, estagiários, aprimorandos, residentes, promovidos de cargos e em retorno de licença médica com período maior que 12 meses.

- Modelo de atendimento Einstein e interface das competências socioemocionais e comunicação não verbal para a segurança do paciente e colaborador.
- Prevenção de Infecção: higiene das mãos, precauções padrão e específicas.
- Assistência em prevenção de queda de pacientes internos e externos.
- Atendimento ao paciente em parada cardiopulmonar (PCR) – com práticas de habilidades.
- Metas Internacionais de Segurança do Paciente.
- Procedimento de Aspiração de Vias Aéreas – Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos.
- Dispositivos respiratórios - Fisioterapeutas
- Atendimento de Emergências: Traumas ortopédicos e neurológicos, Choque (Hemorrágico e séptico) Carro de Emergência, Mobilização e risco ergonômico com ênfase no pós-operatório.

**Temas transversais:** Segurança do Colaborador, Educação do Paciente e Família, Descarte de Resíduos, Experiência do Paciente, Diversidade e Inclusão, Competências socioemocionais (comunicação, trabalho em equipe, consciência situacional).

**Carga Horária:** 3 dias sequenciais de treinamento presencial (6h por dia)

*O profissional recebe o status de “presente” no treinamento ao comparecer nos 3 dias. Caso se ausente em 1 destes dias, o status fica como “ausente” até que haja reposição da falta. Foi realizada uma turma no mês de abril.*



***Admissional Multiprofissional***

*Turma 13 a 15/04*

**Programa de treinamento Admissional Equipe de Atendimento e Apoio a assistência**

O Treinamento Admissional de Atendimento é aplicado no primeiro dia do profissional na Instituição, para o público da equipe de atendimento e apoio assistencial de níveis auxiliar e técnico. Possui carga horária de 03 horas e tem como principais objetivos:

- Apresentar o Modelo de atendimento humanizado ao paciente e família com Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos Detalhes.
- Trabalhar competências socioemocionais, como: empatia, comunicação e gestão de conflitos.
- Definir a importância da Experiência do Paciente, enfatizando seu impacto na satisfação do paciente e família.
- Conscientizar sobre a relevância da apresentação pessoal e postura no atendimento ao paciente.

**Temas transversais:** Segurança do Colaborador, Alta confiabilidade Experiência do Paciente, Diversidade e Inclusão, Competências socioemocionais (comunicação, trabalho em equipe, consciência situacional).

**Carga Horária:** 1 dia de treinamento presencial (4h)

*O profissional recebe o status de “presente” no treinamento ao comparecer nos 3 dias. Caso se ausente em 1 destes dias, o status fica como “ausente” até que haja reposição da falta. Foram realizadas três turmas no mês de abril.*



**Admissional de Atendimento e apoio a assistência**  
Turmas dias 06,13 e 20/04

### **Ressuscitação Cardiopulmonar Para Técnicos de Raio X**

O treinamento de Ressuscitação Cardiopulmonar para Técnicos de Raio X tem como objetivo:

- Identificar precocemente uma parada cardiorrespiratória (adulto, criança e bebê);
- Aplicar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar no adulto, criança e bebê;
- Conhecer e Compreender os códigos institucionais e os critérios de acionamento.
- Entender as diretrizes da AHA no atendimento de uma parada cardiorrespiratória

- Conhecer e Compreender a atuação do profissional de enfermagem no atendimento

**Metodologia:**

- Conteúdo prévio online;
- Estação de Prática Monitorada com auxílio de vídeo com passo a passo do atendimento

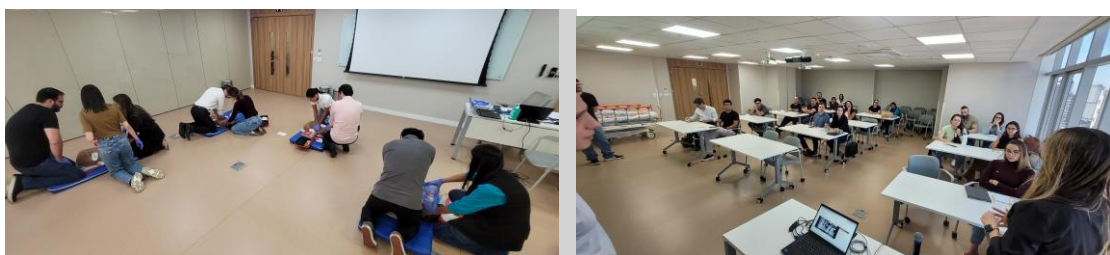
separado por fase de uma parada cardiorrespiratória.

**Público-alvo:** Técnicos de Raio X



**RCP PARA TÉCNICOS DE RAIOS X 22/04 a 30/04.**

**ACLS**



Turma ACLS 22 e 23/04

## **Trilha Institucional Novo Colaborador – HUGO 2026**

As Trilhas de aprendizagem constituem um conjunto integrado e sistemático de soluções de aprendizagem ou programas educacionais, utilizando múltiplos formatos e estratégias educacionais que visa o desenvolvimento de competências individuais (conhecimentos, habilidades e atitudes) requeridas para o desempenho dos colaboradores no dia a dia, viabilizando alcance do objetivo estratégico da Sociedade.

### **Essência Einstein – 4h30**

- Introdução: **Essência Einstein**
- Pré-teste
- Ética e Compliance
- Assédio Moral e Sexual
- Diversidade
- Sustentabilidade
- LGPD
- Segurança da Informação
- Saúde do Colaborador
- Prevenção de Violência no Trabalho
- Pós teste

### **Excelência e Segurança – 3h30**

- Pré-teste
- Organização Alta Confiabilidade
- Metas Internacionais
- Boas Práticas de Prevenção de Infecção
- Segurança do Colaborador
- Fluxo de Emergência
- Noções básicas de Incêndio
- Direito e deveres do paciente
- Plano de
- Pós teste



Documento assinado digitalmente



**FABIANA ROLLA**  
Data: 11/05/2026 08:12:56-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Dra. Fabiana Rolla**  
Diretora Médica