

Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa
de Apoio Condomínio Solidarietà

RELATÓRIO ANUAL DE AÇÕES E ATIVIDADES – 2025

Referente ao Termo de Transferência de Gestão

TTG n.º 003-2013 – SES-GO



CEAP SOL
Centro Estadual de
Atenção Prolongada
e Casa de Apoio
Condomínio
Solidarietà

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde





CEAP-SOL
Centro Estadual de Atenção
Prolongada e Casa de Apoio
Condomínio Solidarieidade

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



DIRETORIA CORPORATIVA INSTITUTO SÓCRATES GUANAES- ISG

Dr André Mansur de Carvalho Guanaes Gomes

Fundados e Diretor – Presidente

Ernesto Stangueti

Diretor Financeiro

Drª Thayse Cristina Barreto Tavares de Souza

Diretora Técnica

ESTRUTURA GESTORA DO CEAP-SOL

Igor Guimarães Silva Honorato

Diretor Executivo

Drª. Thais Lopes Safatle Dourado

Diretora Técnica

Bruna Karlla Pereira Paulino Almeida

Coordenadora Geral Assistencial

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imuno deficiência Humana
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAT	Comunicado de Acidentes de Trabalho
CEAP-SOL	Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidarietà
CFTV	Circuito fechado de TV
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLTC	Consolidação das Leis do Trabalho
COVID	Corona vírus
CRE	Complexo Regulador Estadual
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GMG	Grupo Motor Gerador
HDT	Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IRAS	Infecções Relacionadas Assistência à Saúde
ISG	Instituto Sócrates Guanaes
KG	Quilograma
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
LPP	Lesão por Pressão
MAT/MED	Materiais e Medicamentos.
MP	Ministério Público
NISP	Núcleo Interno de Segurança do Paciente
NPS	Net Promoter Score
NR	Norma Regulamentadora
O2	Oxigênio
PAE	Plano de Atendimento a Emergência
PcD	Pessoa com Deficiência
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PMOC	Plano de Manutenção Organização e Controle
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPP	Perfil Profissiográfico Previdenciário
PSAU	Pesquisa de Satisfação do Usuário
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RDC	Regime Diferenciado de Contratação
RSS	Resíduos Serviços de Saúde
SCIH	Serviço de controle de Infecção Hospitalar
SES/GO	Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SIGUS	Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde
SIPAT	Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE PALAVRAS ESTRANGEIRAS

<i>Accountability</i>	Responsabilidade, transparência, fiscalização e prestação de contas
<i>Backups</i>	Cópia de Segurança
<i>Budget</i>	Despesas
<i>Bundles</i>	Pacotes
<i>Checklist</i>	Lista de Verificações
<i>Cloud</i>	Nuvem
<i>Feedback</i>	Comentários
<i>Dashboard</i>	Painel de Controle
<i>Hardware</i>	Equipamento
<i>Joint Commission International</i>	
<i>KPIH</i>	Principais indicadores de desempenho para saúde
<i>Net Promoter Score</i>	Metodologia que utiliza ferramentas de pesquisa e classificação para analisar o nível de satisfação dos clientes
<i>Online</i>	Conectado
<i>QR-Code</i>	Código de resposta rápida
<i>Software</i>	Conjunto de Instruções
<i>Turnover</i>	Rotatividade
<i>Web</i>	Nome pelo qual a rede mundial de computadores internet se tornou conhecida
<i>WhatsApp</i>	Aplicativo de mensagens instantâneas

1. APRESENTAÇÃO

Em consonância com o Termo de Transferência de Gestão n.º 003/2013, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) e o Instituto Sócrates Guanaes (ISG), para o gerenciamento do Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidarietà (CEAP-SOL), apresentamos, nesta oportunidade, o Relatório Gerencial de Ações e Atividades referente ao período de janeiro a dezembro de 2025.

O CEAP-SOL, anteriormente conhecido como Condomínio Solidarietà, foi criado em dezembro 1995, estabelecendo-se como uma Instituição de Casa de Apoio. Desde a sua fundação, dedica-se ao apoio e à garantia de melhor qualidade de vida para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), além de ser uma referência no tratamento de doenças infectocontagiosas e dermatológicas, transformando-se em um centro de saúde multidisciplinar.

Através do Decreto Estadual n.º 9.826/2021, de 13 de março de 2021, o CEAP-SOL foi integrado ao Hospital de Doenças Tropicais (HDT), ampliando seu âmbito de atuação para outras doenças infectocontagiosas a nível ambulatorial, mantendo-se como uma casa de apoio nível II. Suas atividades incluem hospedagem, assistência ambulatorial com foco na reabilitação e assistência psicossocial, visando o equilíbrio social, biológico, psicológico e laboral. O objetivo é restabelecer a autossuficiência física e mental do indivíduo enfermo, reintegrando-o à sociedade como cidadão pleno e recuperando o ambiente familiar.

Em 2017, foi implantado o Núcleo Hospitalar para internações de longa permanência, oferecendo assistência a portadores de doenças infectocontagiosas e oportunistas relacionadas ao HIV/Aids, além de atendimento biopsicossocial realizado por uma equipe interdisciplinar.

Desde que o ISG assumiu a gestão da unidade em 2013, investimos em um projeto inovador e transparente, visando garantir a satisfação dos usuários. Em 2025, a unidade de saúde foi agraciada com o Selo ONA 3 pelo Grupo IBES - Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde. Este reconhecimento reforça



que a unidade cumpre rigorosamente os padrões de qualidade e segurança, além de demonstrar uma gestão integrada e eficiente.

Cumprindo a exigência contratual referente ao 15º Termo Aditivo do TTG n.º 003/2013, este relatório fornece os subsídios necessários para que a SES-GO possa analisar o desempenho das principais atividades realizadas no CEAP-SOL, fundamentando sua avaliação com base nas obrigações pactuadas.

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidarietà – CEAP-SOL.

CNES: 9138625

Endereço: Avenida Veneza, Quadra 62, Lote 1/10 s/n - Jardim Europa, Goiânia – GO. CEP: 74325-100.

Gerência da Unidade: Instituto Sócrates Guanaes (ISG) – Termo de Transferência de Gestão n.º 003/2013.

3. MISSÃO, VISÃO E VALORES

Figura 1. Identidade Organizacional CEAP-SOL.



Fonte: Comunicação CEAP-SOL.

4. ATIVIDADES REALIZADAS PELO CEAP-SOL

Aqui estão algumas das principais atividades realizadas pelo CEAP-SOL:

- I. Atendimento Médico e Hospitalar:
 - Prestação de serviços médicos especializados.
 - Internações e tratamentos de longa duração.
 - Atendimento ambulatorial e emergencial.
- II. Programas de Reabilitação:
 - Terapias ocupacionais.
 - Fisioterapia e reabilitação física.
 - Apoio psicológico e social.
- III. Apoio aos Pacientes e Familiares:
 - Aconselhamento e orientação.
 - Grupos de apoio e atividades educacionais.
 - Acompanhamento contínuo durante o tratamento.
- IV. Gestão da Qualidade e Segurança:
 - Implementação de protocolos de segurança do paciente.
 - Monitoramento e avaliação contínua dos serviços.
 - Programas de melhoria contínua.

O CEAP-SOL tem como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo e convivendo com doenças infectocontagiosas. Para alcançar esse objetivo, promovemos ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde biopsicossocial. Nosso trabalho integra-se às políticas de apoio e atenção à saúde, assegurando um cuidado integral e contínuo.

Estas são apenas algumas das atividades que ilustram o compromisso e a excelência no atendimento e o cuidado integral aos pacientes.



4.1. CASA DE APOIO

A instituição oferece hospedagem temporária em Goiânia por até 10 dias consecutivos, fornecendo cinco refeições diárias. Os serviços de apoio à hospedagem incluem lavanderia, hotelaria e transporte interinstitucional para consultas e procedimentos médicos. Além disso, os hóspedes contam com o suporte de uma equipe multidisciplinar não médica, composta por assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fonoaudiólogos e dentistas.

Hospedagem	Capacidade Instalada segundo TTG 003/2013
Leitos adultos	26
Leitos binômio mãe/filho (com berço)	02
Total	28

Tabela 1. Capacidade de hospedagem da casa de apoio.

A estrutura conta com uma sala de convivência/refeitório, posto de enfermagem, quadra poliesportiva e vestiários/sanitários para uso masculino, feminino e unissex, todos com instalações adaptadas para Pessoas com Deficiência (PcD). Dos 16 quartos disponíveis na Casa de Apoio, apenas 8 estão em operação, devido à série histórica da unidade.

Figura 2. Estrutura casa de apoio.



Fonte: Arquivo de imagem CEAPSOL.

4.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial abrange consultas médicas e não médicas, além de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), como ultrassom, ecodoppler, ecocardiograma de estresse e ecocardiograma transtorácico. Esses atendimentos são voltados para pacientes portadores de doenças infecciosas e dermatológicas, conforme demanda do Complexo Regulador Estadual (CRE).

A unidade oferece atendimento em oito especialidades não médicas e onze especialidades médicas, atendendo tanto os pacientes encaminhados pelo CRE quanto os que necessitam de Inter consultas.

Médicas	Não médicas
Infectologia	Fisioterapia
Dermatologia	Odontologia
Cardiologia	Nutrição Clínica
Neurologia	Psicologia Clínica
Pneumologia	Fonoaudiologia
Gastroenterologia	Terapia Ocupacional
Coloproctologia	Farmácia
Ginecologia	Enfermagem
Psiquiatria	
Reumatologia	
Nefrologista	

Tabela 2. Especialidades médicas e não médicas.

A instituição conta com uma estrutura abrangente, composta por cinco consultórios, dois consultórios odontológicos, uma sala de exames, um salão de fisioterapia, uma sala de Serviço Social e uma sala de triagem. Além disso, possui áreas de apoio, como recepção e sala de espera. Todos os consultórios, salas e gabinetes odontológicos são equipados e estão disponíveis para atendimento aos portadores de doenças infecciosas e dermatológicas.




O atendimento ambulatorial compreende:

- I. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- II. Inter consulta;
- III. Consultas subsequentes (retornos).

O ambulatório possui regulação dos pacientes. Os pacientes são advindos do Complexo Regulador Estadual (CRE).

Figura 3. Estrutura ambulatório.



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.

4.3. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A unidade possui um Núcleo Hospitalar para tratamento, em regime de internação, de pacientes com doenças infecciosas, dermatológicas e aqueles que necessitam de internação prolongada ou cuidados paliativos. O Núcleo Hospitalar, que iniciou suas atividades em 16 de janeiro de 2017, conta com 28 leitos de internação e 2 leitos de reanimação destinados à assistência em clínica médica. Além disso, dispõe de áreas complementares como posto de enfermagem, farmácia, sala de diluição e preparo de medicação, sanitários e área administrativa.




Figura 4. Estrutura núcleo de internação.



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.

4.4. GESTÃO DE ATENDIMENTO

A equipe de atendimento ambulatorial do CEAP-SOL, sendo a porta de entrada da unidade, tem como principal objetivo acolher os usuários, promover agendamentos e confirmações de consultas e exames com atenção, organização e humanização. Nosso foco é proporcionar um elo de confiança entre nossos profissionais e os usuários, sanando dúvidas e orientando de maneira clara e eficaz, garantindo um atendimento humanizado e de qualidade.

Figura 5. Recepção ambulatorial



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.

O ambulatório conta com uma excelente equipe de profissionais e oferece oito especialidades não médicas: Odontologia, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Enfermagem e Terapia Ocupacional. Além das consultas multiprofissionais, a partir de setembro de 2022, passou a disponibilizar onze especialidades médicas: Infectologia, Dermatologia,




Cardiologia, Neurologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Coloproctologia, Ginecologia, Psiquiatria, Nefrologia e Reumatologia.

Contamos também com um serviço de imagem (SADT) que iniciou suas atividades em janeiro de 2023. Realizamos, em média, 1.100 consultas não médicas mensais e temos como objetivo mensal 600 consultas médicas, 70 Ultrassonografias, 50 Ecodoppler Vascular, 100 Ecocardiograma transtorácico e 25 Ecocardiograma de estresse.

Destaca-se que, no período de janeiro a dezembro de 2025, foram realizados 24.082 atendimentos aos usuários, englobando consultas médicas, não médicas e exames.

A equipe desenvolve várias atividades diárias, visando a organização do setor, dentre as principais, temos:

- Cadastro de pacientes;
- Acesso ao CRE para agendamento dos pacientes oriundos da regulação;
- Protocolo de documentos;
- Ligações diárias para confirmar horários do dia seguinte;
- Confirmação presencial de consultas;
- Busca ativa de pacientes faltosos;
- Agendamento, cancelamento ou transferência de consultas;
- Organização das agendas;
- Orientação ao paciente;
- Internações;
- Altas;
- Atendimento ao público;
- Cadastro de acompanhantes e visitantes;
- Organizar, arquivar e conservar documentos;
- Manter atualizado cadastro do paciente.



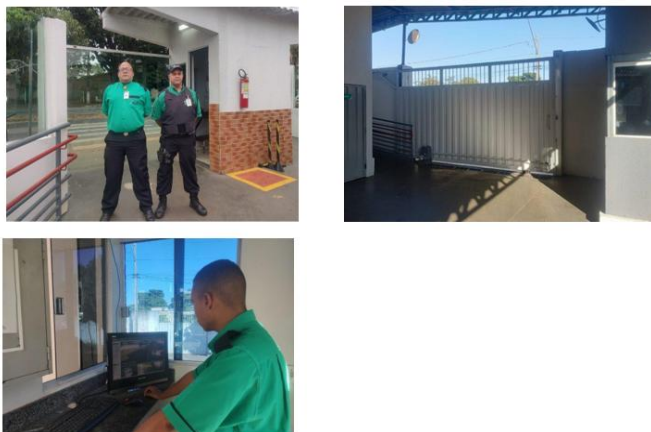
4.5. GESTÃO DA SEGURANÇA PATRIMONIAL

A segurança patrimonial é realizada por uma empresa prestadora de serviços, que desempenha o papel fundamental de orientar, conduzir e garantir a segurança de todos os usuários e colaboradores. No período de janeiro a dezembro de 2025, foram responsáveis por mais de 10.000 pessoas que transitaram na unidade.

Em seu escopo, são verificadas as seguintes atividades:

- Gestão dos postos de serviços terceirizados: Mantendo em conformidade os serviços contratados;
- Vistorias nos postos: Verificação dos itens disponibilizados para os colaboradores, como coletes, uniformes e armamentos, garantindo que todos estejam em conformidade;
- Monitoramento de situações externas: Identificação de quaisquer situações que possam ocasionar instabilidade na segurança da unidade;
- Acompanhamento contínuo: Constante acompanhamento dos procedimentos e rotinas com a equipe de vigilância;
- Monitoramento e segurança 24 horas: Vigilância contínua, desde o portão principal de entrada até o estacionamento de veículos e área de carga e descarga;
- Circuito Fechado de TV (CFTV): Distribuído em pontos estratégicos internos e externos da unidade.

Figura 6. Segurança Patrimonial.



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.




Com compromisso, transparência e uma parceria duradoura junto à unidade de saúde, o serviço de Segurança Patrimonial tem sido reconhecido ao longo dos anos com a certificação de bom colaborador. Além disso, a atuação dos colaboradores é constantemente referenciada por meio de pesquisas de satisfação e canais de Ouvidoria da unidade e da SES.

Figura 7. Café com elogios e Certificado de Bons Fornecedores.



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.

4.6. GESTÃO DE TRANSPORTE

Sem dúvida, a logística hospitalar é crucial para manter os níveis de excelência no atendimento e uma gestão financeira eficaz. Um dos principais benefícios da implantação dos conceitos de logística é a otimização de recursos, incluindo os recursos humanos, o que contribui para a redução de custos.

Com esse objetivo, o setor de transporte administrativo optou pela contratação de uma empresa especializada em transporte de materiais, insumos, entregas rápidas e condução de passageiros. Esta empresa fornece veículos e mão de obra de acordo com a demanda e a necessidade da unidade, atendendo-nos com excelência desde o início da parceria, em maio de 2024.




4.7. GESTÃO DE PATRIMÔNIO

As solicitações de serviços de manutenções preventivas, corretivas e de instalação são realizadas via sistema Soul MV, onde foram contabilizadas e realizadas um total de 2989 ordens de serviço no período de janeiro a dezembro de 2025.

São realizadas diariamente rotinas elétricas, hidráulicas, hidro sanitárias, gases medicinais e de refrigeração, pré-estabelecidas pela Supervisão do setor de manutenção, e executadas pelos diaristas e plantonistas onde são acompanhadas e gerenciadas pela Supervisão nos diversos setores da unidade, vistoriando e relatando todo e qualquer evento adverso por solicitação de O.S, pelo sistema Soul -MV.

O setor de manutenção de infraestrutura predial, preza pela execução dos serviços de forma segura (com o uso de EPI 's), rápida e com garantia de qualidade dos serviços prestados.

São realizadas por empresas terceiras as manutenções preventivas e corretivas nos sistemas de backup de energia elétrica (Grupo Motor Gerador – GMG), desentupimentos, manutenção do sistema de combate à Incêndios, limpeza e desinfecção do reservatório de água potável, bem como as manutenções do sistema de gases medicinais.

As principais atividades desenvolvidas pela área são:

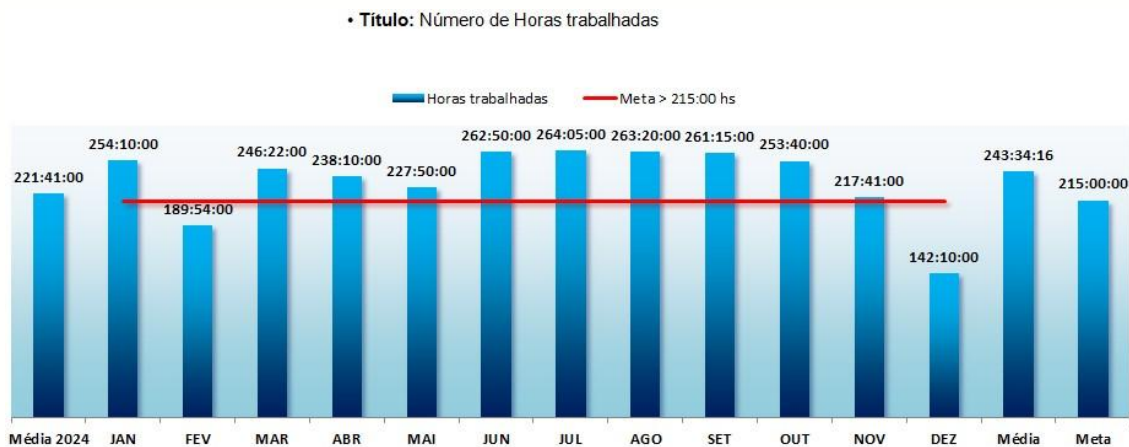
- Acompanhamento dos colaboradores terceiros quanto à execução das rotinas estabelecidas;
- Acompanhamento e execução dos Planos de Manutenções Preventivas (Predial e de refrigeração) PMOCP e PMOC respectivamente;
- Acompanhamento e execução dos serviços de manutenções dos sistemas de combate à incêndios e de gases medicinais;
- Acompanhamento do cronograma de higienização do reservatório de água potável;



- Gestão acompanhamento e solicitação do fornecimento de gases medicinais;
- Abertura e fechamento das O.S realizadas e não realizadas;
- Gestão e acompanhamento do GMG da unidade;
- Execução do *Check-list* de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos hospitalares;
- Confecção, análise e envio de relatórios mensais para o Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde - SIGUS;
- Confecção, análise e transmissão dos indicadores de desempenho do setor.

Indicadores de horas trabalhadas:

Figura 08. Indicadores de horas trabalhadas

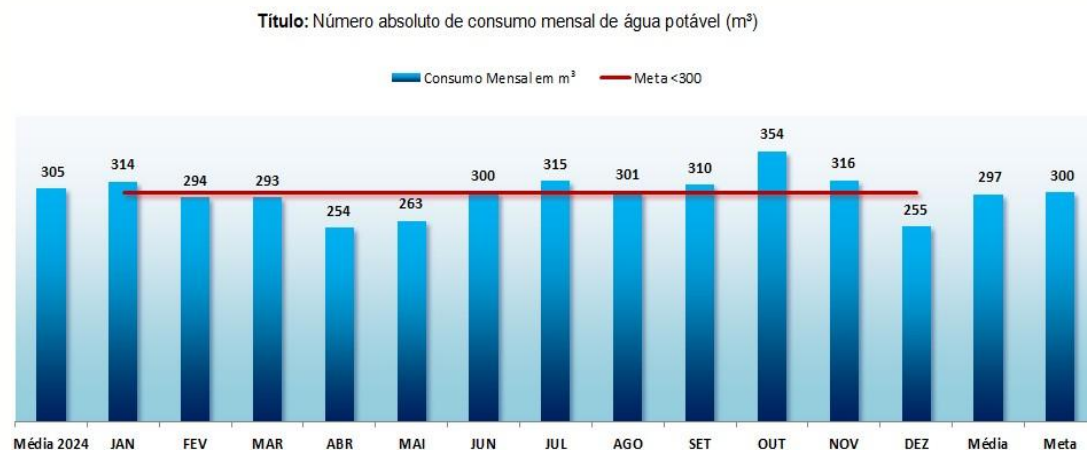


Fonte: Soul MV - Data: 05/01/2026 - Responsável: WILLIAM HENRIQUE DA SILVA - Tipo de Indicador: Processo




Indicadores de consumo de água potável

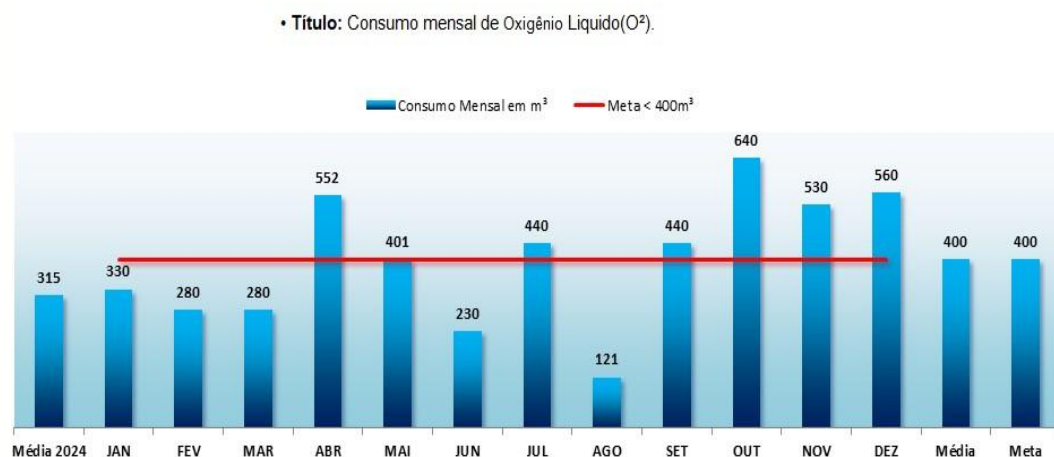
Figura 09. Indicadores de consumo de água potável



Fonte: Própria – Data: 05/01/2026 – Responsável: WILLIAM HENRIQUE – Tipo de Indicador: Processo

Indicadores de consumo de oxigênio – O₂ gasoso:

Figura 10. Indicadores de consumo de O₂ gasoso.



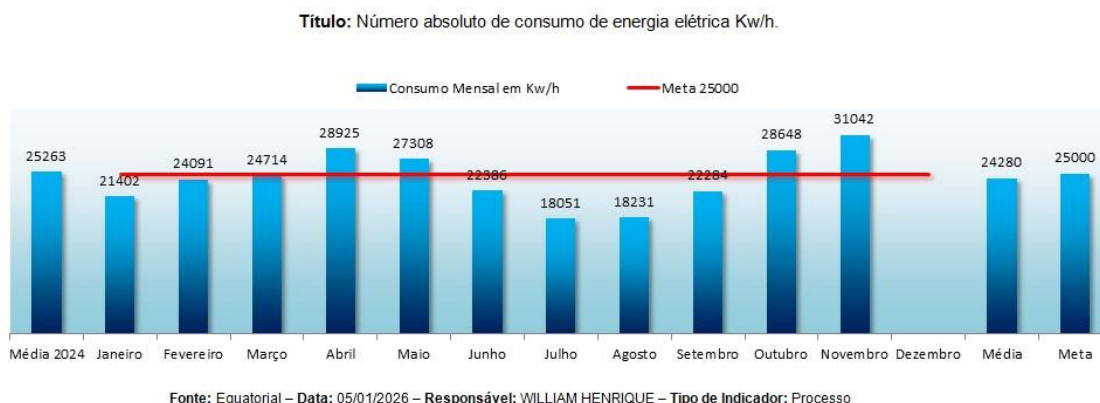
Fonte: Interna – Data: 05/01/2026 – Responsável: WILLIAM HENRIQUE – Tipo de Indicador: Processo

William Henrique

William Henrique

Indicadores de consumo de energia elétrica:

Figura 11. Indicadores de consumo de energia da unidade.



4.8. GESTÃO DA INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS

As solicitações de serviços de manutenções preventivas, corretivas e de instalação são realizadas via sistema Soul MV, onde foram contabilizadas e realizadas um total de 2957 ordens de serviço no período de janeiro a dezembro de 2025.

São realizadas diariamente rotinas elétricas, hidráulicas, hidrosanitárias, gases medicinais e de refrigeração, pré-estabelecidas pela Supervisão do setor de manutenção, e executadas pelos diaristas e plantonistas onde são acompanhadas e gerenciadas pela Supervisão nos diversos setores da unidade, vistoriando e relatando todo e qualquer evento adverso por solicitação de O.S, pelo sistema Soul -MV.

O setor de manutenção de infraestrutura predial, preza pela execução dos serviços de forma segura (com o uso de EPI 's), rápida e com garantia de qualidade dos serviços prestados.

São realizadas por empresas terceiras as manutenções preventivas e corretivas nos sistemas de backup de energia elétrica (Grupo Motor Gerador – GMG), desentupimentos, manutenção do sistema de combate à Incêndios,




limpeza e desinfecção do reservatório de água potável, bem como as manutenções do sistema de gases medicinais.

As principais atividades desenvolvidas pela área são:

- Acompanhamento dos colaboradores terceiros quanto à execução das rotinas estabelecidas;
- Acompanhamento e execução dos Planos de Manutenções Preventivas (Predial e de refrigeração) PMOCP e PMOC respectivamente;
- Acompanhamento e execução dos serviços de manutenções dos sistemas de combate à incêndios e de gases medicinais;
- Acompanhamento do cronograma de higienização do reservatório de água potável;
- Gestão acompanhamento e solicitação do fornecimento de gases medicinais;
- Abertura e fechamento das O.S realizadas e não realizadas;
- Gestão e acompanhamento do GMG da unidade;
- Execução do *Check-list* de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos hospitalares;
- Confecção, análise e envio de relatórios mensais para o Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde - SIGUS;
- Confecção, análise e transmissão dos indicadores de desempenho do setor.

4.9. ENGENHARIA CLÍNICA

A presença de um serviço de engenharia clínica em um centro de cuidados como o CEAP-SOL, que atende pacientes de diversas regiões do Estado de Goiás, é de fundamental importância. Este setor, garante a segurança, funcionalidade e confiabilidade dos equipamentos médico-



hospitalares, essenciais para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e eficiência. Além disso, a engenharia clínica atua na gestão e manutenção do parque tecnológico, otimizando recursos e minimizando o tempo de indisponibilidade dos dispositivos, assegurando que a unidade continue oferecendo um atendimento seguro e resolutivo para a população.

A unidade CEAP-SOL conta com uma equipe de mão-de-obra especializada para a prestação de serviços de engenharia clínica, contratada como empresa terceirizada. Esses profissionais são capacitados e utilizam o *software* de gestão GEINFRA, fornecido pela Secretaria do Estado de Goiás, através da plataforma NEOVERO. Por meio deste sistema, é possível gerenciar o parque tecnológico da unidade, realizar treinamentos, calibrações, manutenções preventivas e corretivas, ensaios de segurança elétrica e a qualificação dos equipamentos médico-hospitalares.

O serviço de engenharia clínica é composto por uma engenheira clínica, que atua em regime de 10 horas semanais, e um técnico em equipamentos biomédicos, que presta serviço em regime de 4 horas diárias. A maioria dos equipamentos é atendida internamente pela equipe contratada; contudo, alguns dispositivos e serviços exigem manutenções externas, seja por limitações técnicas ou pela condição do equipamento.

A unidade também opera com equipamentos médicos locados ou cedidos em regime de comodato, como ventiladores pulmonares, bombas de infusão e aparelhos de ultrassonografia. Nesses casos, a equipe interna realiza o primeiro atendimento técnico e, caso necessário, aciona o responsável legal pelo equipamento para a execução do serviço de forma efetiva e segura. A engenharia clínica interna, em conjunto com o coordenador de infraestrutura, é responsável pela gestão desses serviços, incluindo a abertura de chamados corretivos, acompanhamento de cronogramas e supervisão das execuções.



Figura 12. Camas elétricas e monitor multiparamétrico nos leitos de internação.



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.

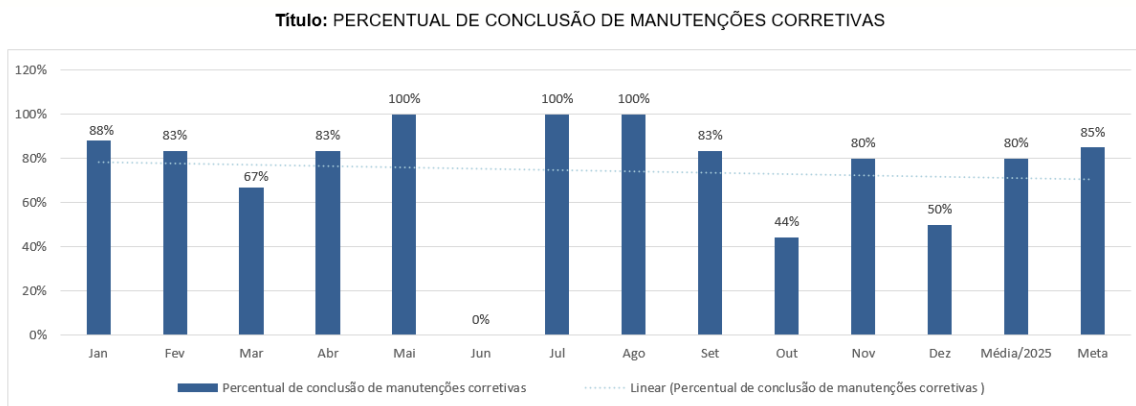
Figura 13. Calibração e ensaio de segurança elétrica dos ventiladores e bombas de infusão.



Fonte: arquivo de imagens CEAP-SOL.

Indicadores de Ordens de Serviço corretivas referência janeiro a dezembro de 2025:

Figura 14. Indicadores ordens de serviço corretivas.



Fonte: Sistema Neovero.




Análise: Este indicador avalia a eficiência da Engenharia Clínica na resolução das manutenções corretivas, medindo a relação entre as Ordens de Serviço corretivas abertas e aquelas efetivamente concluídas dentro do mesmo mês. O objetivo é monitorar a capacidade de resposta às falhas dos equipamentos, garantindo sua disponibilidade, segurança e continuidade do atendimento assistencial. A meta estabelecida para este indicador é de 85% de conclusão mensal.

Ao longo de 2025, o indicador de conclusão de manutenções corretivas apresentou variações mensais significativas, com resultados oscilando entre 44% e 100%, alcançando uma média anual de 80%, ligeiramente abaixo da meta estipulada.

O desempenho abaixo da meta não está associado à ineficiência da gestão ou da execução técnica, mas sim a fatores operacionais e estruturais que impactaram diretamente o prazo de fechamento das OS, especialmente em meses com maior complexidade técnica. Destacam-se como principais interferências:

- Demandas envolvendo equipamentos em regime de comodato, cuja resolução depende diretamente da logística e do prazo de resposta dos fornecedores;
- Atrasos na aquisição de peças, incluindo casos de equipamentos com peças descontinuadas ou de difícil obtenção no mercado;
- Necessidade de tramitação administrativa, como processos de cotação, autorização e aprovação, que extrapolam a governabilidade direta da Engenharia Clínica;
- Manutenções corretivas de maior complexidade técnica, como reparos em placas eletrônicas, que demandam tempo estendido para testes e validações de segurança.

Importante ressaltar que, mesmo quando as ordens não foram concluídas dentro do mês de abertura, os equipamentos permaneceram, sempre que possível, em funcionamento seguro ou com soluções provisórias, minimizando impactos assistenciais. Além disso, observa-se que, em diversos meses, houve

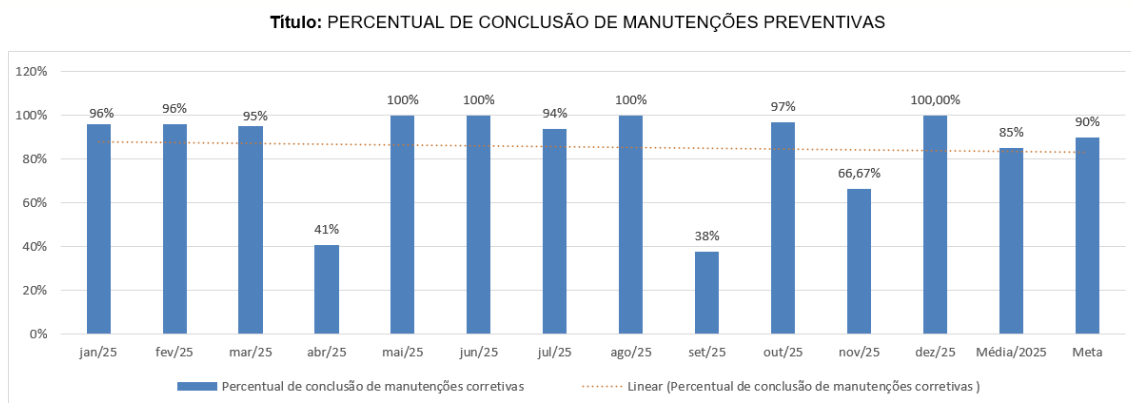


fechamento de ordens pendentes de períodos anteriores, evidenciando atuação contínua e acompanhamento ativo das demandas.

Dessa forma, o resultado anual abaixo da meta reflete condições externas e operacionais, e não fragilidade do processo de gestão da Engenharia Clínica. O acompanhamento sistemático dos indicadores, aliado à atuação técnica da engenheira clínica responsável e à execução operacional do técnico da unidade, tem permitido a manutenção do controle das corretivas, garantindo a segurança dos equipamentos e a continuidade dos serviços assistenciais. Para os próximos ciclos, seguem sendo adotadas estratégias de mitigação, como antecipação de cotações, fortalecimento do relacionamento com fornecedores e priorização de equipamentos críticos.

Indicadores de Ordens de Serviço programadas referência janeiro a dezembro de 2025:

Figura 15. Indicadores de manutenção preventiva



Fonte: Sistema Neovero.

Análise Crítica: Este indicador avalia o cumprimento do plano de manutenção preventiva da Engenharia Clínica, considerando a relação entre as Ordens de Serviço (OS) programadas e aquelas concluídas dentro do mês previsto em cronograma. São contemplados manutenções preventivas, calibrações, testes de segurança elétrica e qualificações, tendo como meta mínima 90% de conclusão mensal.

Durante o ano de 2025, o indicador de conclusão das manutenções preventivas apresentou desempenho satisfatório na maior parte do período, com diversos meses atingindo 100% de execução. Entretanto, em meses




pontuais, o resultado ficou abaixo da meta em função de fatores operacionais e assistenciais, devidamente justificados e monitorados pela Engenharia Clínica.

Destacam-se, de forma objetiva, os principais meses impactados:

- Abril/2025 (41%): Houve um volume elevado de OS programadas, especialmente relacionadas às camas elétricas, cuja execução depende diretamente da mobilização de pacientes acamados. Durante o mês, não foi possível realizar a programação assistencial necessária para liberação simultânea dos equipamentos, o que levou à reprogramação controlada das manutenções preventivas e testes de segurança elétrica. Adicionalmente, ocorreram calibrações externas que só puderam ser concluídas no mês subsequente.
- Setembro/2025 (38%): O baixo desempenho esteve relacionado às calibrações de instrumentos de medição ambiental, como termo-higrômetros e termômetros, que são serviços executados exclusivamente por empresa terceirizada. As OS permaneceram em aberto devido ao tempo necessário para retirada, execução em laboratório e devolução dos equipamentos.
- Novembro/2025 (66,67%): O não atingimento da meta decorreu de qualificação de autoclave locada, cuja execução dependia da instalação de um novo equipamento substituto. A indisponibilidade temporária inviabilizou a realização do procedimento dentro do mês previsto.

Nos demais meses em que o indicador apresentou leve oscilação, as pendências estiveram associadas à indisponibilidade momentânea de equipamentos por uso assistencial contínuo ou à necessidade de adequação de agenda com fornecedores externos, não havendo impacto na segurança ou na conformidade regulatória dos equipamentos.

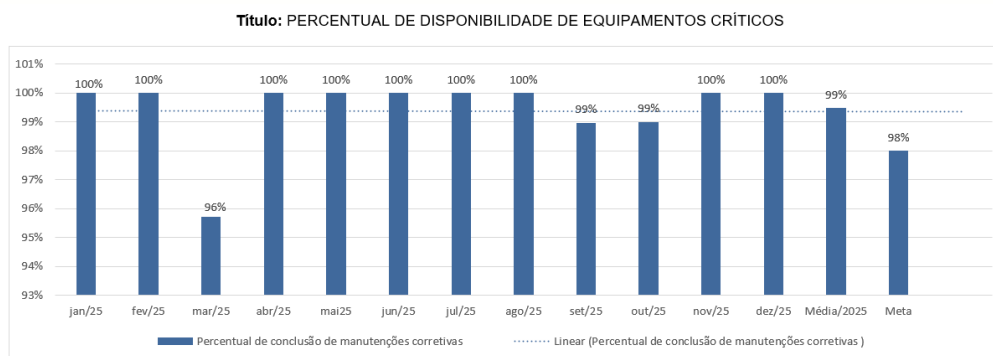
Importante ressaltar que todas as manutenções preventivas não concluídas dentro do mês foram reprogramadas e executadas posteriormente, mantendo o controle do plano anual e garantindo a rastreabilidade das ações no sistema de gestão.



O resultado anual abaixo da meta de 90% reflete condições operacionais inerentes ao ambiente hospitalar, especialmente relacionadas à assistência direta ao paciente e à dependência de serviços terceirizados obrigatórios por norma. Não se trata de falha de planejamento ou execução técnica, mas de adequação responsável à realidade assistencial, preservando a segurança, a conformidade e a continuidade do cuidado.

A Engenharia Clínica manteve acompanhamento contínuo do indicador, com ações de mitigação e reprogramação planejada, assegurando a confiabilidade do parque tecnológico ao longo de 2025.

Figura 16. Média de disponibilidade de equipamentos médicos por criticidade

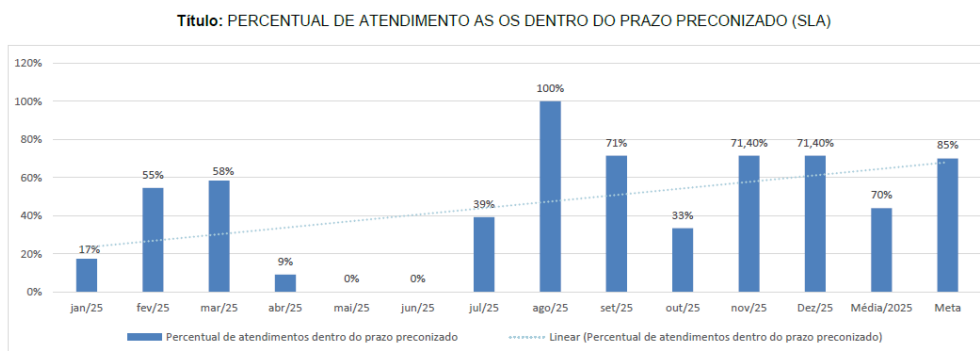


Fonte: Sistema Neovero.

Análise: A média anual de 99% de disponibilidade dos equipamentos médicos assistenciais críticos é um excelente indicador de eficiência e bom gerenciamento na manutenção desses recursos essenciais para a assistência à saúde. O cumprimento dessa meta reflete a capacidade de manter os equipamentos operacionais sem falhas significativas, o que é fundamental para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, especialmente em um ambiente crítico, onde qualquer interrupção pode ter consequências graves.




Figura 17. Percentual de atendimentos dentro do prazo



Fonte: Sistema Neovero.

Análise: O indicador “Percentual de Atendimento das Ordens de Serviço dentro do Prazo Preconizado (SLA)” tem como objetivo mensurar a conformidade da manutenção corretiva em relação aos prazos estabelecidos conforme a criticidade dos equipamentos. Ele avalia a proporção de OS concluídas dentro do SLA em relação ao total de OS abertas no período, permitindo monitorar a eficiência operacional, a capacidade de resposta da equipe técnica e o impacto de fatores internos e externos no processo de manutenção.

No ano de 2025, o indicador apresentou média anual de aproximadamente 71%, ficando ligeiramente abaixo da meta institucional estabelecida de 70% em alguns períodos específicos. O desempenho abaixo da meta esteve concentrado principalmente nos primeiros meses do ano, fortemente impactado pelo acúmulo de Ordens de Serviço remanescentes de 2025, aumento pontual da complexidade das manutenções corretivas e dependência de serviços terceirizados para equipamentos de média e alta criticidade.

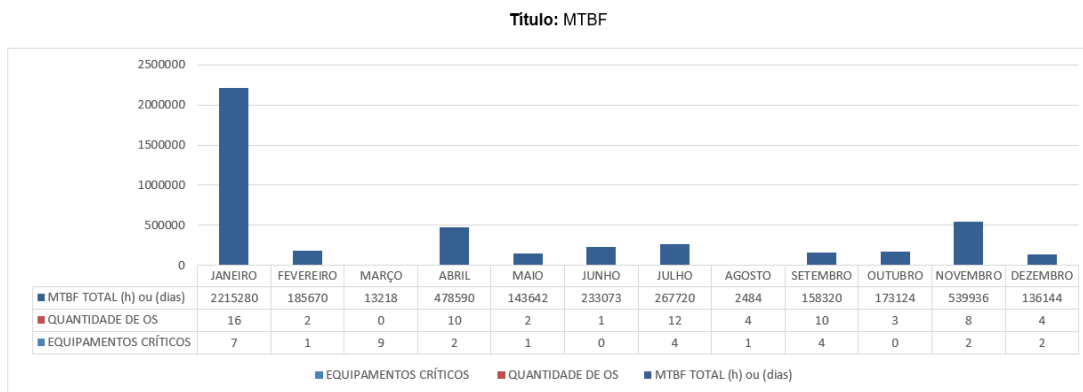
Adicionalmente, fatores como atrasos na liberação de orçamentos, tempo de entrega de peças, necessidade de calibração e testes de validação pós-reparo, bem como os trâmites administrativos exigidos para contratação de serviços externos, contribuíram para o não cumprimento integral dos prazos em determinados meses.

Apesar dessas intercorrências, observa-se uma tendência clara de recuperação e estabilização do indicador ao longo do segundo semestre, com resultados iguais ou superiores à meta nos meses finais do ano, evidenciando




a efetividade das ações de organização da rotina técnica, priorização por criticidade e acompanhamento sistemático das OS pela Engenharia Clínica.

Figura 18. TMEF (em horas) e a quantidade de ordens de serviço geradas para os equipamentos médicos



Fonte: Sistema Neovero.

Análise crítica: O indicador de MTBF (Mean Time Between Failures) tem como objetivo mensurar o tempo médio entre falhas dos equipamentos classificados como críticos, permitindo avaliar a confiabilidade operacional do parque tecnológico e a efetividade das ações de manutenção corretiva e preventiva. Para este indicador, foi adotada como meta um MTBF ≥ 520 horas/mês por equipamento, valor definido com base na cobertura técnica disponível de 4 horas diárias e nos prazos de atendimento estabelecidos na ROT-EC-002 – Rotina para Manutenção Corretiva, assegurando aderência à capacidade real de resposta da Engenharia Clínica.

Ao longo de 2025, o desempenho do MTBF apresentou variações significativas entre os meses, refletindo diretamente as condições operacionais, o volume de ordens de serviço corretivas e fatores externos à Engenharia Clínica. Observa-se que, em diversos períodos, o indicador permaneceu abaixo da meta estabelecida, principalmente nos meses em que houve acúmulo de OS pendentes, dependência de fornecedores externos, atrasos na aquisição de peças e trâmites administrativos para aprovação de orçamentos, fatores que ampliaram o tempo de indisponibilidade dos equipamentos.

Adicionalmente, a cobertura técnica restrita a 4 horas diárias impacta diretamente o tempo de resposta e de solução das ocorrências, sobretudo

quando as falhas ocorrem fora da janela de atendimento ou envolvem equipamentos de maior complexidade. Em contrapartida, observa-se melhora progressiva no segundo semestre, decorrente de um maior controle das OS, melhor organização da rotina técnica e aumento do percentual de atendimentos dentro do prazo (SLA), refletindo evolução do processo e maior maturidade na gestão da manutenção corretiva.

Dessa forma, o não atingimento da meta em alguns meses de 2025 não caracteriza falha de gestão, mas sim limitação operacional e influência de fatores externos, os quais vêm sendo continuamente monitorados pela Engenharia Clínica, com a adoção de ações corretivas e de melhoria contínua visando à elevação da confiabilidade e da disponibilidade dos equipamentos críticos.

4.10 LIMPEZA E DESINFECÇÃO

O Serviço de limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde apresenta relevante papel na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo imprescindível o aperfeiçoamento do uso de técnicas eficazes para promover a limpeza e desinfecção de superfícies. As limpezas técnicas (terminais e concorrentes) são fundamentais para proporcionar um ambiente seguro para o paciente, diante disso, tem sido monitorado o tempo de realização das limpezas terminais, onde, consideramos que o tempo necessário e ideal, para garantir agilidade no giro de leitos e eficácia da limpeza é de 40 a 50 minutos.

Atualmente, 95% das limpezas terminais são realizadas dentro do tempo estipulado como necessário e ideal. Porém, visando melhorias diárias, estamos sempre buscando ações para alcançar o máximo de satisfação e qualidade do serviço. Pensando nisso, são tomadas algumas ações como: monitoramento do cronograma de frequência pré-estabelecido, treinamento dos profissionais, acompanhar quando possível algumas das limpezas para observar a técnica utilizada e manter educação continuada quanto a importância da atuação desses profissionais.



Figura 19. Limpeza e desinfecção.



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.

As principais atividades desenvolvidas pela área são:

- Programa de treinamentos anuais;
- Garantir a manutenção predial e conservação de toda a unidade sendo apoio aos diversos setores da instituição;
- Desenvolver em conjunto com o SCIH melhorias no controle das infecções hospitalares;
- Realizar auditoria setorial;
- Monitoramento das atividades inerentes ao serviço prestado pela terceirizada, fiscalizando recursos materiais necessários à execução dos serviços;
- Garantir o cumprimento de formulários, *Check-list* e relatórios de controle de pesagem de resíduos preenchidos pela equipe;
- Manter atualizados documentos no que tange a regularidade de empresas terceirizadas;
- Atualização e monitoramento de indicadores;
- Revisar relatórios das limpezas de acordo com o cronograma da unidade;
- Acompanhar a equipe de dedetização por todas as áreas da unidade.




4.11 PROCESSAMENTO DE ROUPAS E ENXOVAIS

A Rouparia e a Lavanderia são setores de apoio essenciais, responsáveis por coletar, pesar, separar, processar e distribuir roupas em condições adequadas de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação para todas as unidades da instituição de saúde.

Estes setores desempenham um papel crucial na redução de microrganismos patogênicos que podem causar doenças, ajudando a diminuir as infecções hospitalares e proporcionando conforto e segurança para os profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes.

No período de janeiro a dezembro de 2025, o setor encaminhou para a empresa terceirizada um total de 76.778,81kg de roupas sujas, demonstrando seu compromisso com a manutenção de um ambiente limpo e seguro.

Figura 20. Lavanderia.



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.

As principais atividades desenvolvidas pela área são:

- Elaboração de previsão de enxoval de acordo com a necessidade e demanda da Instituição;
- Execução de coleta, separação, pesagem e distribuição de roupas;
- Controle do volume de roupa processada pela lavanderia externa;
- Programação do mapa de controle de custos;

- Análise e monitoramento de indicadores;
- Realização de treinamentos periódicos, mensais e/ou quando necessário à equipe de Lavanderia;
- Zelar pelo cumprimento das rotinas e técnicas do setor;
- Avaliação da qualidade do serviço prestado pela terceirizada.

Contando com a parceria de empresa terceirizada da locação de enxovais, que nos disponibiliza peças com mais alto processamento e padrão de qualidade, certificamos a empresa como bom fornecedor, ratificando o desempenho e o compromisso de proporcionar a melhor experiência possível para os usuários da unidade.

Figura 21. Certificação de Bom Fornecedor empresa de Lavanderia.



Fonte: Comunicação CEAP-SOL.

4.12 GESTÃO DE RESÍDUOS AMBIENTAL

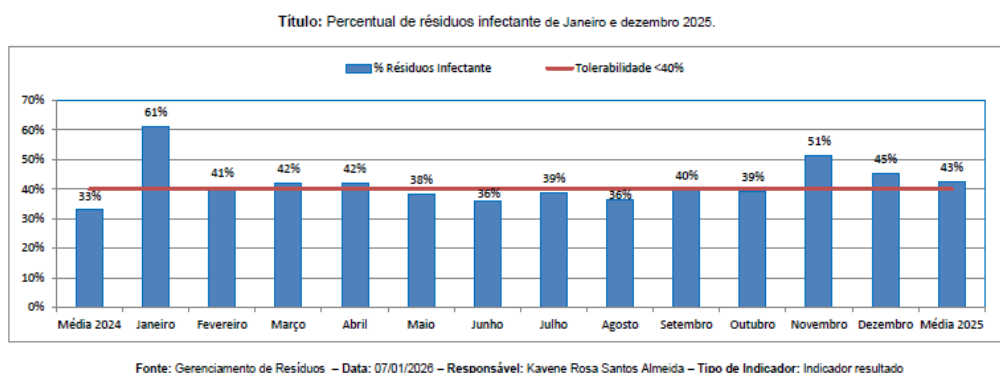
O Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (GRSS) tem como finalidade minimizar a geração de resíduos e garantir que todas as etapas desde a segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte e destinação final sejam realizadas de forma segura, eficiente e ambientalmente adequada. Tal processo visa proteger os profissionais envolvidos no manejo, preservar a saúde pública, os recursos naturais e o meio ambiente.




A correta gestão dos resíduos hospitalares exige atenção rigorosa em todas as fases do fluxo operacional, assegurando que cada tipo de resíduo receba o tratamento apropriado. Dessa forma, o setor de Gerenciamento de Resíduos mantém-se responsável por garantir a conformidade com a legislação vigente, o cumprimento do PGRSS e a manutenção de práticas seguras e sustentáveis.

Indicador de resíduo infectante referente a janeiro a dezembro 2025

Figura 22. Série histórica de resíduos infectantes.



Análise Crítica: O indicador de resíduos infectantes manteve-se estável durante a maior parte do ano, permanecendo dentro da tolerância institucional estabelecida ($\leq 40\%$) até o mês de outubro. Esse comportamento demonstra, de modo geral, controle adequado na segregação dos resíduos, apesar das variações assistenciais e epidemiológicas observadas ao longo do período. Contudo, em novembro foi registrado um aumento expressivo, com ultrapassagem significativa do limite tolerado, o que acende um alerta para a necessidade de intervenções corretivas imediatas.

Em janeiro, observou-se um aumento de 28% em relação à média de 2025, diretamente relacionado ao maior número de pacientes submetidos a precauções de contato e aerossóis, o que impactou o volume de resíduos classificados como infectantes. Em fevereiro, houve redução da taxa, acompanhando a diminuição do número de pacientes em precaução na unidade, refletindo melhora temporária no perfil assistencial.




No mês de março, ocorreu um aumento pontual do indicador, associado à permanência prolongada de pacientes em precaução em outros setores, o que contribuiu para maior geração de resíduos infectantes. Em abril, apesar do fluxo elevado de pacientes sob precaução, o indicador manteve-se estável e dentro da meta, evidenciando controle adequado na segregação e manejo dos resíduos.

Em maio, registrou-se uma queda de 4% no indicador, influenciada pelo início da sazonalidade da dengue, que alterou o perfil assistencial e impactou positivamente a classificação e o descarte dos resíduos. No mês de junho, o indicador atingiu 36%, permanecendo dentro da tolerância institucional, porém já sinalizando a necessidade de atenção, uma vez que há indícios de descarte inadequado de resíduos que poderiam ser classificados como comuns.

Em julho, o percentual chegou a 39%, atingindo o limite máximo tolerado, o que evidenciou a necessidade de reforço das ações educativas e capacitações junto às equipes assistenciais, com foco na correta segregação dos resíduos. Em agosto, o indicador apresentou leve redução, alcançando 36,21%, mantendo-se dentro da meta e demonstrando relativa estabilidade no processo.

No mês de setembro, o percentual voltou a se aproximar do limite, atingindo 39,08%, indicando a necessidade de vigilância contínua. Em outubro, o indicador permaneceu elevado, com 39,43%, ainda dentro da meta, porém muito próximo do limite institucional, reforçando a importância de monitoramento constante e ações preventivas.

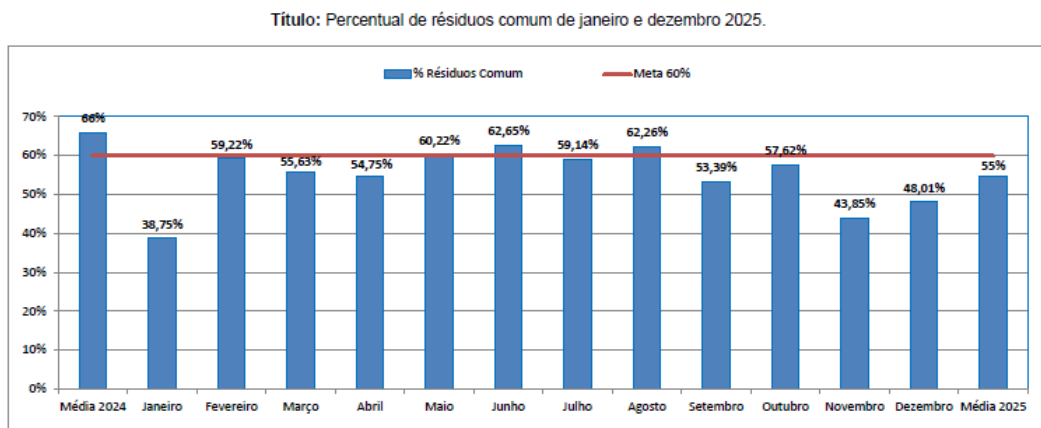
Em novembro, o indicador alcançou 51,29%, ultrapassando significativamente a tolerância estabelecida. Embora o aumento seja parcialmente justificado pelo grande número de pacientes em precaução de contato, o resultado evidencia também descarte excessivo de resíduos que poderiam ser classificados como comuns. Esse cenário aponta para a necessidade de intensificar capacitações, revisar fluxos de segregação e fortalecer a conscientização das equipes quanto ao manejo adequado dos



resíduos, visando reduzir impactos ambientais, custos operacionais e riscos à segurança ocupacional.

Indicador de resíduo comum referente a janeiro a dezembro 2025

Figura 23. Série histórica de resíduo comum.



Fonte: Gerenciamento de Resíduos – Data: 07/01/2026 – Responsável: Kayene Rosa S.Almeida – Tipo de Indicador: Indicador de resultado.

Análise Crítica: Ao analisar o período de janeiro a dezembro de 2025, observa-se que o indicador de resíduos comuns apresentou oscilações ao longo dos meses; contudo, de forma geral, manteve-se dentro da tolerância institucional estabelecida ($< 60\%$), com clara tendência de melhoria a partir do segundo semestre do ano. Essa evolução reflete o impacto positivo das ações de conscientização, ajustes operacionais e fortalecimento dos processos de segregação de resíduos.

No mês de janeiro, houve redução significativa do percentual de resíduos comuns em comparação à média de 2024. Esse comportamento está diretamente relacionado ao aumento proporcional dos resíduos infectantes, decorrente do maior número de pacientes submetidos a precauções, o que alterou o perfil de geração dos resíduos na unidade. Em fevereiro, o indicador manteve-se dentro da média esperada, apresentando leve aumento em relação ao mês anterior, influenciado pelo acréscimo de internações de pacientes em precauções padrão.

Em março, observou-se redução de aproximadamente 5% em relação a fevereiro, resultado da implementação da coleta reciclável solidária em parceria




com o grupo AVVE, iniciativa que contribuiu para melhor segregação e destinação adequada dos resíduos. Em abril, o indicador apresentou nova redução, reforçando o efeito positivo da continuidade das ações educativas e de conscientização voltadas ao correto descarte dos resíduos recicláveis.

No mês de maio, registrou-se aumento de 5,47% no percentual de resíduos comuns, associado à sazonalidade dos casos de dengue no estado, que impactou diretamente o volume total de resíduos gerados pelo hospital. Em junho, o indicador atingiu 62,65%, ultrapassando o limite tolerado ($\leq 60\%$), evidenciando falhas no processo de segregação e a necessidade de ações corretivas imediatas, como a revisão dos pontos de descarte, intensificação da fiscalização e reforço dos treinamentos junto às equipes assistenciais.

Em julho, o percentual reduziu para 59,14%, demonstrando discreta melhora em relação ao mês anterior e reposicionando o indicador dentro da meta institucional. Em agosto, entretanto, houve nova elevação, com o indicador atingindo 62,26%, novamente acima da tolerância estabelecida, o que demandou intensificação das medidas corretivas e maior vigilância nos processos de descarte.

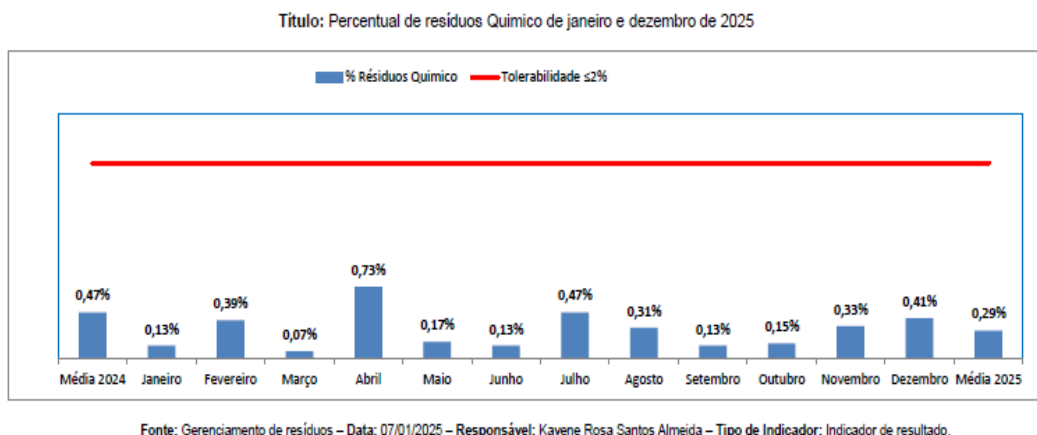
A partir de setembro, observou-se melhora expressiva no desempenho do indicador, que atingiu 53,39%, representando redução de 6,61 pontos percentuais em relação à média histórica. Em outubro, o indicador manteve-se dentro da meta, com 57,62%, demonstrando estabilidade do processo, embora ainda próximo ao limite aceitável.

Em novembro, o indicador apresentou excelente desempenho, encerrando o mês em 43,85%, mesmo diante do aumento de pacientes em precaução de contato. Esse resultado evidencia a consolidação das ações implementadas, a maior adesão das equipes às práticas corretas de segregação e o fortalecimento da gestão ambiental do hospital, contribuindo para a redução de impactos ambientais, otimização de custos e melhoria da segurança ocupacional.



Indicador de resíduo químico referente a janeiro a dezembro 2025

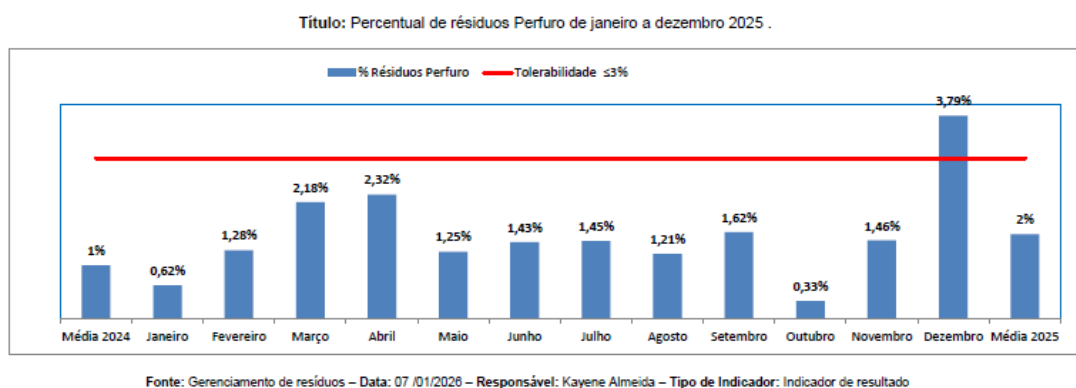
Figura 24. Série histórica de resíduo químico.



Análise: O indicador de resíduos químicos manteve-se **amplamente dentro da meta (<2%)** durante todo o ano. As variações observadas estão relacionadas principalmente à rotina de descarte dos insumos do raio-x da odontologia, realizados de maneira periódica.

Indicador de resíduo perfuro cortante referente a janeiro a dezembro 2025

Figura 25. Série histórica de resíduos perfuro cortante.



Fonte: Indicadores CEAP-SOL.

Análise: O indicador de resíduos perfuro cortantes manteve-se **consistentemente abaixo da meta (<3%)** em todos os meses do ano, demonstrando maturidade operacional e elevada adesão às práticas de

[Assinatura]

[Assinatura]

descarte seguro.

- Índices entre **1,21% e 1,62%** durante o ano.
- Novembro fechou com **1,46%**, mantendo desempenho favorável.
- As ações educativas e auditorias preventivas continuam sendo eficazes.
- O uso correto de caixas coletoras e descarte dentro do limite de enchimento mostra forte adesão das equipes.

Dentre as principais atividades desenvolvidas pelo setor estão:

- Avaliação contínua da qualidade dos serviços prestados pela empresa responsável pela coleta, transporte e tratamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).
- Elaboração, atualização e execução anual do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).
- Manutenção periódica das identificações e sinalizações de todas as lixeiras, containers e carrinhos de coleta.
- Realização de visita técnica anual na empresa terceirizada, em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), sempre que necessário.
- Promoção de treinamentos, campanhas internas e ações de conscientização direcionadas às equipes assistenciais e de apoio.
- Monitoramento e análise mensal dos indicadores ambientais, com emissão de relatórios e propostas de melhoria.
- Verificação e acompanhamento da documentação legal da empresa contratada, assegurando conformidade normativa e ambiental.



Figura 26. Ações SCIH.



Registro da primeira entrega de
materiais recicláveis ao grupo AAVE,
realizada no dia 17.03.25.

Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.

4.13 GESTÃO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO – T.I.

As atividades do departamento de informática do condomínio solidiedade estão bem definidas com as rotinas básicas de criação de backups e suporte, até o nível de gestão.

Em destaque as principais atividades sumarizadas estão:

- Prestar apoio às atividades referentes à infraestrutura de T.I., rede e usuários;




- Prestar suporte técnico e administrativo em implantação de sistemas informatizados;
- Efetuar instalação de aplicativos, conectividade e proteção;
- Solicitar e organizar material de informática em geral;
- Controle de insumos e materiais de TI;
- Backup de arquivos;
- Conectorização de cabos;
- Efetuar manutenção de computadores através da formatação e/ou troca de
 - hardware e manutenção de impressoras;
 - Prestar suporte em eventos quanto à parte técnica em T.I.
- Gestão do setor de T.I. (parque tecnológico, equipe, gerência de configurações, mensuração de aquisições, gestão de contratos etc.);
 - Realizar interações e negociações com fornecedores com o objetivo de manter a melhoria contínua do serviço;
 - Realizar análise dos processos hospitalares com o intuito de alinhar a T.I. ao negócio, propiciando a informatização da unidade.

O departamento de TI, é o departamento que tem mais contratos a serem geridos com 16 contratos sendo administrados pelo departamento, e desde 2023 houve a customização de todos os contratos, tendo uma redução de mais de 50% nos seus valores sem perda de qualidade.

Os demonstrativos de redução de custos estão representados no quadro abaixo:

Serviço	Valor antigo	Novo valor	Economia por ano (aproximado)
Manutenção em telefonia	R\$ 12.000,00	R\$ 0,00 (demanda)	R\$ 10.860,00
Telefonia Fixa	R\$ 18.027,24	R\$ 3.080,00	R\$ 14.947,24
Servidores virtuais	R\$ 53.400,00	R\$ 37.292,88	R\$ 16.107,12
Outsourcing de impressoras	R\$ 48.000,00	R\$ 28.800,00	R\$ 19.200,00
Links de comunicação	R\$ 34.800,00	R\$ 4.200,00	R\$ 30.600,00
Folha de pagamento TI	R\$ 240.000,00	R\$ 116.400,00	R\$ 123.600,00
Totais:	R\$ 406.227,24	R\$ 189.772,88	R\$ 216.454,36

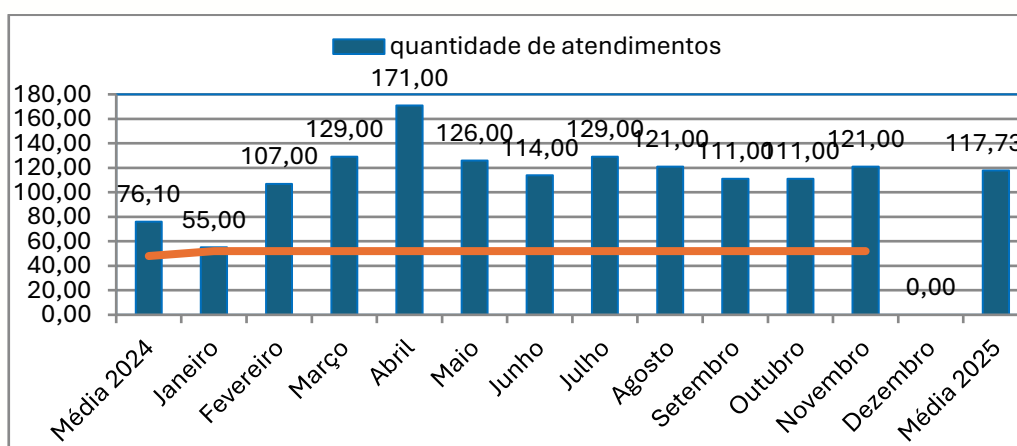
Tabela 3. Redução de custos setor T.I – Fonte: dados do setor.




Os atendimentos passam a ser registrados em novo sistema de atendimento GLPI, o que tornou o processo mais ágil para o usuário, o sistema passa a ser exclusivo para o registro de chamados, disponibilizando uma ferramenta de fácil acesso, robusto com maior possibilidade de relatórios, melhorando o processo de gestão do departamento.

Indicador de Quantidade de Atendimentos:

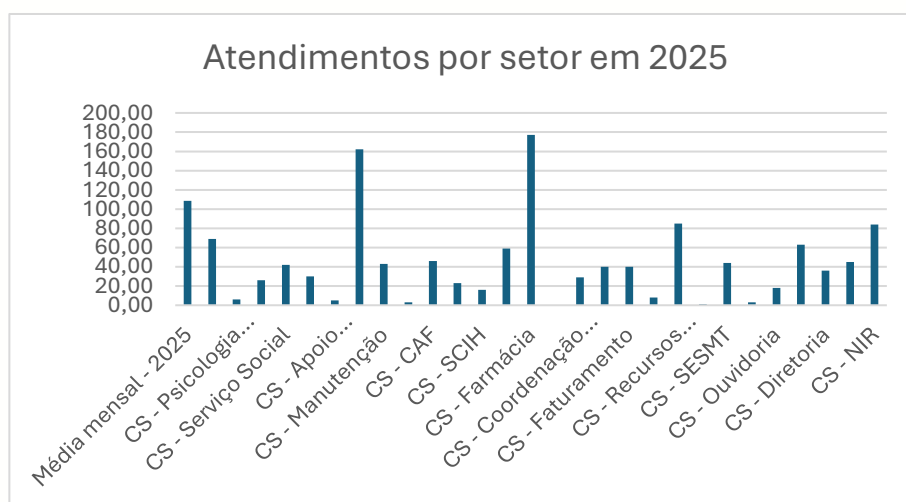
Figura 27. Quantidade de Atendimentos.



Fonte: Dados do setor de T.I

Indicador de atendimentos por centro de custo pela T.I.:

Figura 28. Quantidade de Atendimentos por centro de custos.



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.




Análise: Podemos analisar que o mês de abril foi o mês que teve mais ocorrências, devido aos processos de acreditação (ONA3) e troca de firewall, a média acima da meta ocorre pela mudança de quadro de funcionários, onde o supervisor ficou de licença todo o período, com relação ao percentual de atendimentos por centro de custos, podemos notar os setores com os maiores atendimentos os setores: Atendimento/Recepção, Farmácia, Gestão de Gente; São os setores que mais têm processos via sistema.

Podemos verificar ainda a quantidade de 1297 atendimentos no ano, uma quantidade alta de atendimentos, não desejável para o departamento de informática, uma média de 117 atendimentos por mês, a meta do departamento é a menor quantidade de atendimentos possíveis, e ter os sistemas funcionando a uma taxa acima de 97% por ano. O principal sistema é mantido pela empresa MV, com sistema web e banco de dados *cloud*. A média mais alta é percebida devido a licença do supervisor do departamento e troca de firewall.

4.13 GESTÃO DE CONTRATOS

O setor de contratos realiza todas as contratações de serviços a serem executadas em nossa unidade. Cabe também a este setor ser o guardião das instruções pactuadas em nosso regulamento de compras e contratações de serviços, além de realizar a gestão mensal de mais de 88 (Oitenta e oito) contratos fixos, sem contabilizar as contratações eventuais. Um total de 1006 (mil e seis) Processos de Pagamento e 129 (Cento e vinte e nove) Processos Administrativos durante o ano de 2025.

As principais atividades desenvolvidas pela área são:

- Contratação de todos os serviços contínuos e eventuais;
- Gerenciamento dos contratos firmados;
- Elaboração de relatórios e justificativas;
- Análise dos termos de referências;
- Contato para negociação de valores;



- Solicitação de documentação comprobatória para montagem do processo administrativo de contratação;
- Elaboração de despachos processuais;
- Gestão dos valores a serem pagos para todos os contratos;
- Montagem dos processos de pagamentos;
- Interface com os fiscais de contrato quanto à execução dos serviços contratados.

4.14 APOIO ADMINISTRATIVO

O departamento de apoio administrativo abrange as ações de suporte necessárias para a gestão eficaz dos recursos, garantindo o desenvolvimento contínuo das atividades de apoio administrativo.

As principais atividades desenvolvidas pela área são:

- Suporte para as equipes administrativas;
- Apoio à coordenação administrativa;
- Acompanhar e executar atividades pontuais dos setores Administrativos;
- Protocolar os documentos diariamente que entram e saem da unidade;
- Gestão da pesquisa de satisfação do usuário

4.15 GESTÃO DE SUPRIMENTOS E LOGÍSTICA

O Setor de Suprimentos do Hospital CEAP-SOL tem como missão gerenciar os processos e procedimentos necessários ao abastecimento institucional, pós-homologação das aquisições, de forma ágil, resolutiva e em estrita conformidade com as normas legais vigentes. Essa gestão visa prevenir desabastecimentos, manter o controle rigoroso do estoque e garantir a continuidade da assistência farmacêutica e hospitalar.

O setor integra ainda o Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF), o Almoxarifado e a Farmácia, responsáveis pela coleta, armazenamento,



distribuição de insumos às demandas setoriais e formulação de processos de pagamento de notas fiscais, promovendo eficiência operacional e rastreabilidade documental.

Conquistas e Estrutura Operacional

Dentre as principais conquistas de 2025, destacam-se a organização das atividades por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) definidos, a implementação de padronização documental interna, a redistribuição estratégica das atividades dos colaboradores via reuniões periódicas e a efetivação do processo de emissão de ordens de fornecimento.

A compreende estrutura dos setores de Compras, Almoxarifado, CAF e Farmácia, com programação mensal de aquisições que garantem o abastecimento contínuo, evitam rupturas de estoque e otimizam a utilização segura dos recursos. Para garantir negociações transparentes e economicamente viáveis, adota-se a plataforma GTPlan, com todo o processo atestado em conformidade com o regulamento institucional.

Síntese das Atividades Desenvolvidas em 2025

- Reuniões periódicas e capacitações com a equipe;
- Elaboração de relatórios gerenciais e estratégicos;
- Gerenciamento dos indicadores de qualidade;
- Revisão e aprimoramento das rotinas setoriais;
- Realização de inventários mensais e semestrais;
- Planejamento estratégico de compras

Gestão de Indicadores e Otimização Patrimonial

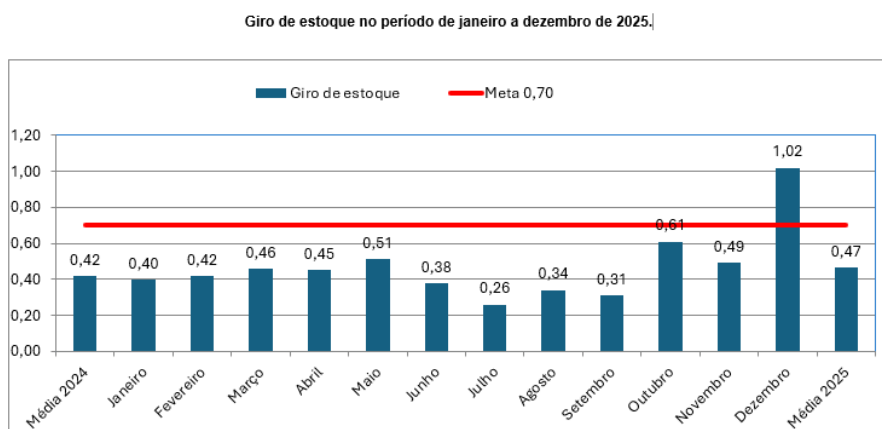
Frente à redução estratégica do estoque em 2025, implementaremos ações seguras, como doações de itens com vencimento próximo ou sem consumo, nos termos da Portaria nº 1.943/SES-GO. Realizou-se mapeamento



colaborativo com a equipe técnica para substituição de itens no dia a dia, equilibrando o estoque ao giro real da unidade.

Essa abordagem just-in-time, com compras enxutas, manteve indicadores de perdas em níveis baixos e promoveu comissões técnicas para otimização do uso dos recursos, garantindo a sustentabilidade financeira e operacional alinhada às diretrizes regulatórias da SES-GO.

Figura 29. Giro de Estoque.



A análise do indicador de giro de estoque ao longo do período evidencia um cenário desafiador, marcado inicialmente por baixo desempenho, fortemente influenciado pela herança de estoques elevados da gestão anterior, compostos majoritariamente por itens de baixa rotatividade e consumo restrito. Esse perfil mostrou-se incompatível com a realidade assistencial do hospital, caracterizada por pacientes de longa permanência, o que revelou um desalinhamento crítico entre os processos de compras, consumo e a demanda real da assistência.

Nos meses de janeiro e fevereiro, o giro de estoque permaneceu em patamar baixo e estável, demonstrando que as distorções estruturais ainda não haviam sido corrigidas. O acúmulo de itens com baixo consumo impactou negativamente os custos de armazenagem, o uso do espaço físico e a eficiência financeira e operacional da unidade. Em março, embora tenham sido observadas pequenas melhorias, o indicador continuou aquém da meta, refletindo a ausência de planejamento estratégico baseado em dados atualizados e a necessidade de revisão do rol de itens padronizados, fatores que limitaram a otimização dos recursos.




Em abril, o giro manteve-se estabilizado, porém abaixo do nível ideal, sinalizando a continuidade de um estoque desequilibrado e a dificuldade de intervenções rápidas e eficazes. Essa limitação evidenciou processos ainda burocráticos e pouco flexíveis, que restringiam a agilidade necessária à gestão hospitalar. No mês de maio, registrou-se o melhor desempenho até então, indicando maior saída de alguns itens e os primeiros efeitos positivos das estratégias iniciais adotadas. Contudo, esse avanço ainda foi insuficiente para alterar de forma significativa o comportamento estrutural do estoque, que continuava impactado pela presença expressiva de itens de lenta movimentação.

Junho marcou o início formal da implementação do plano de ação. Apesar da adoção de medidas corretivas, os resultados ainda foram limitados, uma vez que os estoques herdados continuaram predominantes e o alinhamento entre padronização e demandas assistenciais ainda apresentava lacunas. Esse cenário reforçou a compreensão de que mudanças estruturais exigem tempo, constância e monitoramento contínuo para produzir efeitos sustentáveis.

Em julho, observou-se o ponto mais crítico da série histórica, com queda acentuada do giro de estoque, refletindo a persistência do acúmulo de itens de baixa rotatividade. Apesar do desempenho desfavorável, esse período foi fundamental para evidenciar a urgência da revisão dos processos e das políticas de padronização, ao mesmo tempo em que possibilitou estruturar melhor os controles e direcionar ações estratégicas mais assertivas.

A partir de agosto, com o amadurecimento das intervenções — como a projeção rigorosa de estoques para 45 dias, a revisão detalhada da padronização, o monitoramento contínuo dos itens de baixo consumo e a capacitação da equipe — o indicador passou a apresentar melhora gradual. Esse avanço sinalizou o início de uma recuperação sustentável, resultado direto de planejamento estruturado, integração entre áreas e maior comprometimento institucional.

Em setembro, o giro manteve-se estável, ainda em nível inferior à meta, porém demonstrando consolidação das ações implementadas. Essa fase reforçou a importância da continuidade do plano de ação e do acompanhamento rigoroso, considerando que a meta corporativa está prevista



para ser alcançada até julho de 2026. A estabilidade observada indica que o processo de ajuste estrutural está em curso e necessita de manutenção para garantir ganhos duradouros.

Em outubro, o indicador apresentou evolução significativa, alcançando o melhor resultado desde 2024, com giro de estoque de 0,61. Esse desempenho evidenciou o impacto positivo das ações estruturadas após o período crítico de julho. Destacaram-se práticas inovadoras, como trocas de insumos com hospitais parceiros, estímulo ao consumo racional pelos prescritores, conscientização das equipes sobre a gestão do estoque e planejamento de compras baseado em dados, com projeção para 45 dias. Essas estratégias contribuíram para maior equilíbrio entre oferta e demanda, redução de excessos e melhor aproveitamento dos recursos financeiros, refletindo ganhos expressivos de eficiência operacional.

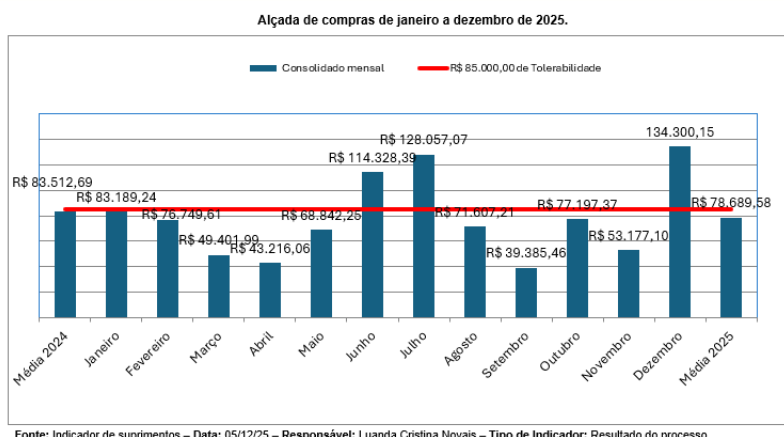
Em novembro, o giro de estoque apresentou leve redução, atingindo 0,49, permanecendo abaixo da meta padrão da rede ISG, fixada em 0,70. Embora tenha ocorrido essa retração em relação a outubro, o resultado deve ser analisado dentro de um contexto de evolução gradual. Os planos de ação permanecem em andamento, com expectativa de alcance da meta corporativa até janeiro de 2026. Entre as principais ferramentas utilizadas estão o planejamento de compras por meio da plataforma GTPLAN, a orientação contínua aos prescritores quanto aos itens de baixa rotatividade e, de forma complementar, a realização de trocas com hospitais parceiros.

Em dezembro a análise crítica do indicador de giro de estoque do Hospital CEAPSOL em 2025 evidencia uma jornada de resiliência e gestão estratégica exemplar, convertendo obstáculos iniciais em conquistas tangíveis que não só alcançaram, mas superaram a meta estabelecida de 0,7, fechando o ano com um robusto 1,02 em dezembro. O ano começou com desafios significativos, onde a meta de giro de 0,7 parecia distante da realidade operacional da farmácia hospitalar, impactada por estoques excessivos, projeções de compra imprecisas e baixa rotatividade de itens críticos e insumos de alta demanda. Diante disso, foi estruturado um ciclo de melhoria no formato A3 robusto e desafiador, com o objetivo ambicioso de atingir a meta em apenas três meses, incorporando ferramentas como análise ABC/XYZ para priorização de estoque, treinamentos em previsão de demanda baseada em



consumo histórico e critérios rigorosos para descarte de itens ociosos, alinhados às normas da Anvisa e boas práticas de gestão farmacêutica. A evolução foi marcada por avanços iniciais promissores – alcançando 0,61 no segundo mês pós-implantação, reflexo imediato das ações corretivas –, seguidos de um recuo temporário para 0,49 no mês seguinte, atribuível a variáveis sazonais como picos de internações ou atrasos logísticos com fornecedores. Contudo, a persistência no projeto, com ajustes finos como revisões quinzenais de pedidos, reverteu a tendência de forma impressionante, culminando em dezembro com 1,02 – um indicador que demonstra otimização eficiente do capital imobilizado, apesar do risco de rupturas estamos trabalhando para melhorar a agilidade na reposição, deixando a equipe animada e confiante no modelo adotado. Para 2026, a consolidação passa pela integração plena do projeto de melhoria na projeção de compras, utilizando médias móveis de consumo (3-6 meses) aliadas à rotatividade projetada por categoria ABC, com metas trimestrais escalonadas de 0,9 a 1,1 e monitoramento mensal via dashboards da plataforma de compras GTPlan. Essa abordagem proativa não só sustentará o giro na média desejada, mas elevará a gestão de estoque a um patamar de excelência, minimizando desperdícios, otimizando custos e assegurando suprimento contínuo para os serviços clínicos e de farmácia hospitalar, em linha com os indicadores de qualidade do CEAPSOL.

Figura 30. Alçada de compras





Ao longo do período analisado, o indicador de valor orçamentário das compras hospitalares demonstrou avanços significativos no controle financeiro, aliados a desafios relacionados à sazonalidade assistencial, ao perfil epidemiológico dos pacientes e à necessidade de aprimoramento contínuo dos processos de planejamento e aquisição.

No mês de janeiro, considerando o teto mensal de R\$ 85.000,00 estabelecido para a entrada de itens em estoque, os gastos permaneceram dentro do limite definido, com média inferior ao valor máximo permitido. Apesar do cenário positivo, foi identificada a necessidade de avançar na otimização dos recursos financeiros, reforçando a importância de um plano de ações voltado à redução de custos, por meio da revisão de contratos, negociações com fornecedores, monitoramento da demanda real e capacitação da equipe para evitar compras excessivas ou suplementares.

Em fevereiro, manteve-se o controle dos gastos dentro do orçamento, reforçando a necessidade de continuidade das estratégias de melhoria contínua e de fortalecimento do planejamento de compras, especialmente com foco na aderência ao consumo histórico e ao perfil assistencial da unidade.

No mês de março, embora o valor total das compras tenha permanecido dentro do teto autorizado, observou-se variação em relação a fevereiro. Ainda que o cenário fosse favorável do ponto de vista orçamentário, destacou-se a necessidade de atenção para evitar tanto a ruptura quanto o excesso de estoque, reforçando a importância de regras mais rígidas de gestão de compras e da renegociação periódica com fornecedores.

Em abril, o valor orçamentário das compras apresentou redução expressiva, totalizando R\$ 43.216,06, significativamente abaixo da meta estabelecida. Essa diminuição decorreu de uma decisão estratégica da supervisão, que priorizou a rotatividade dos itens já existentes em estoque, muitos adquiridos em gestões anteriores e com baixa movimentação. A medida contribuiu para evitar acúmulos desnecessários, reduzir riscos de obsolescência e otimizar o uso do espaço físico e dos recursos financeiros.

No mês de maio, houve aumento no volume de compras em razão da sazonalidade assistencial, caracterizada pelo crescimento de atendimentos a pacientes com doenças crônicas e tratamentos prolongados, como osteomielite. Destacou-se a aquisição do medicamento ceftazidima +



avibactam, com custo de R\$ 17.800,00, evidenciando a demanda por terapias especializadas e reforçando a necessidade de alinhamento entre planejamento de compras, perfil assistencial e impacto clínico-financeiro.

Em junho, o gasto total atingiu R\$ 114.328,06, ultrapassando a meta estabelecida, principalmente em função do aumento de pacientes em uso de medicamentos de alto custo. Foram realizadas aquisições emergenciais no valor de R\$ 29.328,39 para garantir a continuidade da assistência. Esse resultado evidenciou a importância do monitoramento constante do perfil epidemiológico e da flexibilidade dos processos de compras para atender demandas não previstas, sem comprometer o controle financeiro.

No mês de julho, observou-se novo aumento do orçamento médio de compras, motivado pela projeção de estoques para o período de férias do comprador e pela manutenção do atendimento a pacientes críticos em antibioticoterapia. As compras emergenciais somaram R\$ 26.313,20, com destaque para medicamentos essenciais como tigeciclina, teicoplanina e ertapenem. Essas aquisições foram fundamentais para assegurar tratamentos contínuos e eficazes, alinhados aos protocolos clínicos e à segurança do paciente.

Em agosto, o hospital retornou a um cenário de maior estabilidade nas compras, mesmo com a permanência de pacientes em antibioticoterapia prolongada. Após a ultrapassagem significativa da meta em junho, foi iniciado um ciclo de melhorias, incluindo revisão das projeções orçamentárias, análise detalhada da sazonalidade, intensificação do controle de estoque e negociações com fornecedores. Essas ações permitiram alinhar o abastecimento à real necessidade assistencial, evitando novas extrapolações orçamentárias.

No mês de setembro, registrou-se redução significativa no valor destinado às compras, resultado do equilíbrio progressivo do estoque e da adoção de uma projeção média para 45 dias, ajustada à baixa rotatividade dos itens. O plano de ação iniciado em agosto começou a apresentar resultados concretos, refletindo em maior eficiência no uso dos recursos, redução de desperdícios e fortalecimento da sustentabilidade financeira e operacional.

Em outubro, o valor efetivamente gasto permaneceu abaixo do orçamento estabelecido pela gerência, evidenciando rigor no controle das



despesas. Contudo, a programação das compras pela plataforma GTPLAN ainda não foi realizada, devido à necessidade de saneamento prévio de pendências relacionadas a ordens e solicitações não entregues. Essa regularização é essencial para garantir a retomada organizada do processo de compras e evitar riscos de desabastecimento.

Em novembro, manteve-se o controle dos gastos abaixo do orçamento proposto, confirmando a eficiência financeira observada nos meses anteriores. Destacou-se a efetiva implementação do saneamento do sistema, que possibilitou maior agilidade e precisão na execução das compras. A utilização da plataforma GTPLAN mostrou-se um avanço relevante, reduzindo falhas de planejamento e possibilitando negociações mais vantajosas com fornecedores, resultando em aquisições a valores inferiores ao previsto.

Em dezembro a análise crítica do indicador de Valor Orçamentário de Compras no Hospital CEAPSOL em dezembro de 2025 destaca um equilíbrio estratégico entre a missão assistencial e a gestão financeira responsável, mesmo com uma extrapolação pontual da tolerabilidade mensal de R\$ 85.000,00 para itens estocáveis no setor de suprimentos. O aumento expressivo observado em dezembro decorreu da aquisição emergencial de 80 ampolas de ceftazidima + avibactam, totalizando R\$ 71.520,00, essencial para finalizar o tratamento de um paciente com osteomielite grave por bactérias Gram-negativas multirresistentes, admitido com previsão de 52 dias de terapia. Essa decisão priorizou a alta complexidade assistencial inerente ao perfil do CEAPSOL – focado em casos infecciosos graves no SUS –, alinhando-se às diretrizes éticas e regulatórias da Anvisa para uso compassivo de antimicrobianos de última linha, sem comprometer a continuidade do atendimento a outros pacientes. No saldo anual, o indicador fechou em R\$ 78.689,58, dentro da alçada tolerada, demonstrando controle efetivo ao longo de 2025 por meio de planejamento orçamentário rigoroso, negociações com fornecedores e monitoramento mensal de desvios. Essa performance reflete não só o atendimento integral às demandas clínicas, mas também a capacidade de absorver imprevistos sem desequilíbrio fiscal, aceitando



pacientes compatíveis com a vocação hospitalar e otimizando recursos públicos.

4.16 GESTÃO DE PESSOAS

A Gestão de Pessoas tem como principal objetivo implementar processos que promovam o crescimento e o desenvolvimento profissional dos colaboradores. No último ano, visando atender às necessidades da instituição e contribuir para o aprimoramento de todos os trabalhadores, o setor realizou diversas ações estratégicas, destacadas a seguir:

- Atendimento aos colaboradores: suporte presencial e via WhatsApp;
- Gestão do ponto eletrônico: acompanhamento e correção no módulo Web;
- Processamento da folha de pagamento;
- Gerenciamento de processos admissionais e dimensionamento de equipes;
- Treinamentos: realização de Integração, Programa de Desenvolvimento de Liderança (PDL), treinamento de prevenção ao assédio, entre outros;
- Controle de movimentações e requisições de pessoal;
- Gestão de cadastros de reserva: controle e atualização de editais ativos;
- Publicação de editais para formação de novos cadastros de reserva;
- Conferência de tributos e envio para pagamento;
- Gestão de férias: planejamento e confecção;
- Atualização de documentações obrigatórias: comprovantes de conselhos de classe;



- Realização de avaliações de desempenho: anual e período de experiência;
- Gerenciamento de benefícios: atualização de optantes pelo vale-transporte;
- Revisão e atualização de descrições de função;
- Monitoramento da qualidade: controle das avaliações dos instrutores dos Treinamentos de Integração;
- Convocações para processos admissionais;
- Acompanhamento de indicadores setoriais e de qualidade, como: absenteísmo, turnover, tempo de reposição, avaliações de desempenho realizadas, etc.;
- Acompanhamento e avaliação dos contratos de prestação de serviço: sob a responsabilidade do Setor de Gestão de Gente e SESMT;
- Ações de reconhecimento e valorização do colaborador: aniversariantes do mês, café com elogio, homenagem solene a servidores/colaboradores pelo tempo de serviço prestado na Instituição;
- Programa de Prevenção e Combate a Assédios e Riscos Psicossociais no Trabalho - divulgação dos canais de denúncias, ações de prevenção, pesquisa de clima, palestras e treinamentos;
- Atualização do Regimento Interno.

Dados relevantes do período:

- Afastamentos previdenciários por auxílio-doença: 36 casos;
- Licenças-maternidade: 7 casos;
- Atestados médicos recebidos: 593 documentos;
- Perfis Profissiográficos Previdenciários (PPP) emitidos: 25 relatórios.
- Atendimentos com médico do trabalho: 332 consultas.



Essas iniciativas refletem o compromisso da Gestão de Pessoas com a eficiência dos processos internos e a valorização contínua dos colaboradores, fortalecendo a cultura organizacional e contribuindo para os resultados institucionais.

4.16.1 SERVIÇO ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO – SESMT

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, promovendo a segurança e a saúde dos trabalhadores. No período de janeiro a dezembro de 2025, foram realizadas as seguintes ações:

- Gestão e monitoramento de acidentes de trabalho com biológicos;
- Gestão de PPD's alterados;
- Consultas na Medicina do Trabalho;
- Atualização e monitoramento de cartões de vacinação;
- Campanhas de vacinação para Influenza, COVID-19 Bivalente;
- Criação de materiais e itens para ações de saúde e segurança.
- Acompanhamento de exames ocupacionais;
- Realização de coleta de dados e avaliação do Perfil Epidemiológico;
- Elaboração e execução do projeto de qualidade de vida "Medida Certa";



- Relatório analítico, conforme NR-7;
- Atualização do cronograma de visitas e inspeções;
- Inspeções mensais em extintores e iluminação de emergência;
- Análise Preliminar de Risco (APR) e emissão de Permissões de Trabalho para atividades em altura;
- Treinamento de Integração para novos colaboradores celetistas/servidores/terceiros/PJ;
- Orientação sobre o uso correto e higienização de EPIs;
- Gestão e atualização de fichas de EPIs, incluindo entrega e troca de calçados de segurança, máscaras cirúrgicas, máscaras N95 e óculos de proteção;
- Atualização e acompanhamento da comissão Biossegurança e Comissão Gestora Multidisciplinar de Acidentes com Material Biológico.
- Acompanhamento Processo eleitoral da CIPAA
- Diálogo diário de segurança (DDS) realizados mensalmente;
- Acompanhamento do Plano de Atendimento a Emergências (PAE);
- Revisão e atualização da Brigada de Incêndio;
- Atualização de sinalizações de segurança e do sistema CERCON;
- Elaboração e acompanhamento do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) para SES e CLT;



- Gestão de documentos de segurança ocupacional das empresas terceirizadas e acompanhamento de suas atividades no CEAP-SOL.
- Inclusão e organização de acidentes de trabalho em matrizes específicas, incluindo relatórios e históricos de ocorrências;
- Notificações e orientações verbais a colaboradores em descumprimento da NR-32, como uso de adornos, calçados inadequados ou consumo de alimentos em locais não permitidos;
- Investigação de acidentes registrados (15 no total);
- Elaboração e emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para 12 colaboradores acidentados;
- Atualização dos Mapas de Risco;
- Realização da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT);
- Criação de eventos mensais voltados à saúde e segurança;
- Confeção e entrega de Perfis Profissiográficos Previdenciários (PPP).
- Gestão de documentos para informar SIGUS.

Indicadores do Período

- Visitas técnicas realizadas pelo SESMT: **22 relatórios enviados para providências;**
- Notificações colaboradores: **23 casos;**
- Notificações setoriais: **23 casos;**
- Atendimentos com médico do trabalho: **280 consultas.**



Essas ações reforçam o compromisso do SESMT e da CIPA com a promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável, contribuindo para a redução de riscos, a conscientização dos colaboradores e a eficiência nas operações organizacionais.

4.17 OUTROS SERVIÇOS REALIZADOS

4.17.1 OUVIDORIA

A Ouvidoria tem a função de intermediar as relações entre o cidadão e os gestores; com a missão de viabilizar os direitos dos cidadãos de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais ou coletivas tratadas adequadamente.

Na Ouvidoria é feito o registro de manifestações que podem ser: reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e informações de forma presencial, por telefone, e-mail, carta ou site da Secretaria. As demandas têm um prazo para respostas de 20 a 30 dias. Após o recebimento da resposta é feito contato telefônico ou por e-mail com o manifestante, exceto em caso de demandas anônimas; é informado ao cidadão o conteúdo da resposta dada pelo setor citado na manifestação, caso o usuário não se sinta satisfeito com a resposta em questão ele tem a opção de solicitar maiores esclarecimentos. Nesse caso, a demanda é novamente enviada ao setor para complementos.

Diariamente é realizada a Pesquisa de Satisfação dos Usuários (PSAU). Com apoio de um dashboard criado no ano de 2024 para gestão dos dados obtidos por meio da PSAU é possível ter acesso a toda a produtividade dos formulários gerados durante os meses. Tal ferramenta está disponível para utilização de todos os líderes do CEAP-SOL, de modo que entendam o andamento da Pesquisa e possam contribuir com ações efetivas de fortalecimento e disseminação. Atividades:

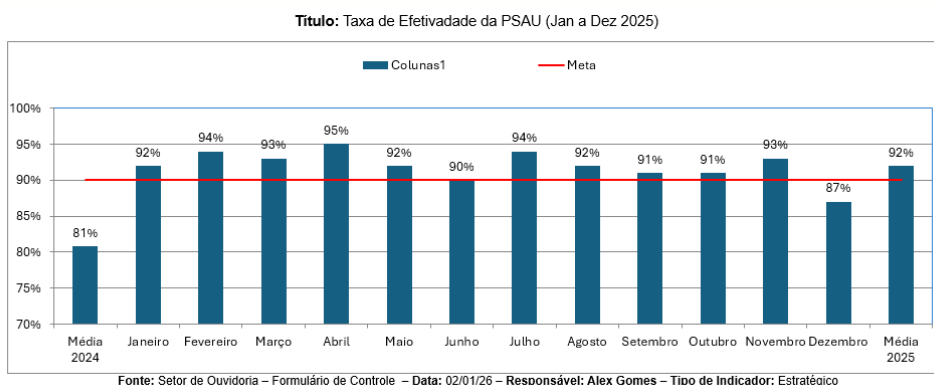
- Atender ao cidadão;
- Registrar as manifestações;
- Encaminhar as demandas aos setores responsáveis para as devidas respostas ou para ciência;



- Disseminação e distribuição da pesquisa de satisfação;
- Lançamento de dados da PSAU no sistema ouvidor SUS;
- Acompanhar a participação dos gestores da unidade no que tangem o apoio à efetividade da pesquisa, bem como, o controle do cumprimento dos prazos definidos para cada manifestação recebida.
- Ligação para o manifestante para lhe informar a resposta da demanda.

Taxa de efetividade da PSAU (%) - Período de janeiro a dezembro/2025:

Figura 31. Taxa de efetividade da PSAU



Análise: Este indicador apresenta um panorama avaliativo que mensura a quantidade de respostas formalizadas em relação ao total de manifestações registradas pelos usuários junto à PSAU. Nesse contexto, ressalta-se a importância da atuação integrada entre os colaboradores diretamente envolvidos no processo de avaliação — Ouvidoria, lideranças administrativas e assistenciais e gestão —, cuja harmonia e alinhamento são fundamentais para a efetiva resolução das demandas apresentadas.

Ao longo do ano, observou-se a consolidação gradual da cultura de respostas no âmbito do sistema +Ouvir, refletida em resultados majoritariamente superiores à meta institucional. No mês de janeiro, a unidade atingiu 92% de efetividade, mantendo a média dos três meses anteriores, mesmo diante de um elevado número de colaboradores em




período de férias, o que evidencia a incorporação do sistema à rotina dos líderes do CEAP-SOL. Em fevereiro, o índice subiu para 94%, demonstrando fortalecimento e aprimoramento dessa cultura, com maior inserção das demandas dos usuários nas pautas de reuniões estratégicas, fóruns e no Conselho Local de Saúde.

O mês de março manteve elevado desempenho, com 93%, superando a meta institucional e confirmando a estabilidade do processo, com participação ativa das lideranças administrativas na retroalimentação dos setores envolvidos. Em abril, registrou-se o melhor resultado do ano, com 95%, evidenciando elevado grau de maturidade da equipe e consolidando o sistema +Ouvir como ferramenta cotidiana, impulsionado pelo acompanhamento próximo da Ouvidoria e pela ampliação dos espaços de discussão.

Em maio, o índice foi de 92%, apresentando leve redução em relação ao mês anterior, porém permanecendo acima da meta e dentro da média do período, possivelmente influenciado por férias ou aumento da demanda assistencial. Em junho, observou-se o menor índice do semestre, com 90%, ainda satisfatório, indicando a necessidade de revisão dos fluxos internos diante do aumento do volume e da complexidade das demandas.

No mês de julho, houve recuperação significativa, alcançando 94%, resultado das ações corretivas implementadas e do fortalecimento das reuniões com as lideranças. Agosto manteve desempenho consistente, com 92%, e setembro apresentou 91%, configurando cenário de estabilidade, embora com potencial de crescimento, reforçando a necessidade de mobilização contínua das equipes.

Em outubro, o indicador manteve-se em 91%, com foco da Ouvidoria no tratamento de sugestões e reclamações, sem retorno aos elogios no período. Em novembro, o resultado foi de 93%, mesmo diante das dificuldades relacionadas à implantação do novo modelo de PSAU proposto pela SES-GO, destacando-se desafios pontuais no recebimento de respostas da Diretoria Técnica.

Em dezembro, o índice caiu para 87%, em razão do baixo número de manifestações registradas (n=8), sendo que uma resposta ocorreu fora do prazo, representando 12,5% do total. O atraso esteve relacionado a uma



manifestação direcionada à Diretoria Técnica, em função de dificuldades de acesso ao profissional médico citado, impactando a formalização do fechamento.

4.17.2 GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

O Centro Estadual e Casa de Apoio Condomínio Solidarietà – CEAP-SOL não mediu esforços para implementar melhorias na qualidade e segurança do paciente no ano de 2025. Obtivemos melhorias significativas nos processos envolvendo qualidade e segurança.

A unidade passou por estruturação a fim de melhorar os processos internos e manter seu fortalecimento institucional. Em outubro de 2025, após visita de avaliação de 02 dias por IAC credenciada junto à ONA, o CEAP-SOL foi certificado ONA3 (Acreditado com Excelência), o mais alto nível de acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) no Brasil, indicando que a instituição de saúde possui maturidade na gestão, uma cultura de melhoria contínua e inovação, demonstrando excelência no cuidado ao paciente, segurança e eficiência em todos os seus processos, com gestão integrada e uso de dados para decisões estratégicas.

O Núcleo de Segurança do Paciente no ano de 2025 trabalhou para implementar melhorias e fortalecer os processos existentes com foco em alcançar as metas propostas para o ano.

O plano de Segurança do Paciente traçado para o ano de 2025 contemplou dentre outros os seguintes objetivos com suas respectivas metas:

1. Notificações de ocorrências

Objetivo: Fortalecer a Cultura de Segurança do Paciente

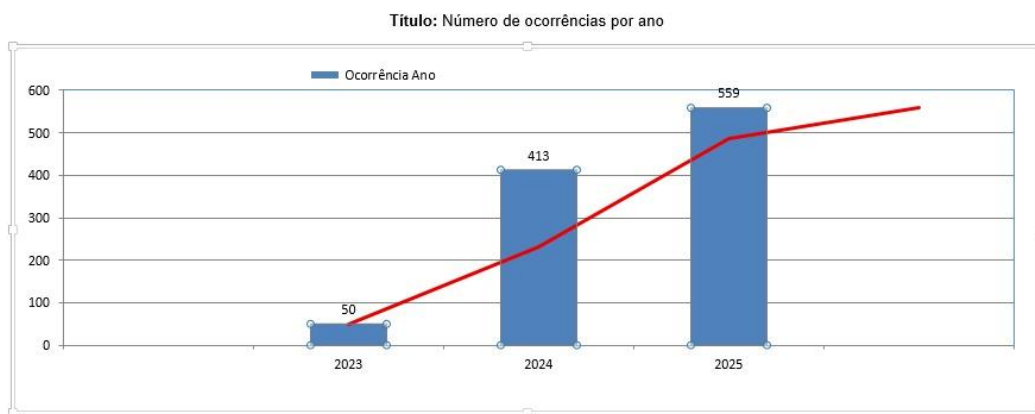
Meta proposta: Aumentar em 43% o quantitativo total de notificações até dezembro de 2025. (De 413 para 600 notificações)



Resultado alcançado: Tivemos 559 ocorrência, demonstrando a possibilidade de atingir a meta proposta até dezembro de 600 notificações ano. Trabalhamos por meio de um ciclo de melhoria estruturado na ferramenta A3. Desenvolvemos estratégias de conscientização em todos os níveis da cadeia de valor.

Contratamos um Software para gestão das notificações o que possibilitou melhoria no feedback ao notificante e consequentemente melhoria nos resultados. As notificações são registradas por meio de um SOFTWARE “EPA” - Estratégia para gestão.

Figura 32. Notificações Recebidas



Fone: Banco de dados NISP/ EPA – Data: 29/12/2025 – Responsável: Patricia Fatima Monteiro de Souza Tipo de Indicador: Número de ocorrências por ano

2. Pesquisa de Cultura de Segurança do paciente

Em abril é comemorado o mês da segurança do paciente, para marcar a data o CEAP-SOL promove a pesquisa de cultura de segurança, com a finalidade de avaliar sob a percepção de nossos colaboradores, como a instituição previne, detecta, minimiza ou melhora seus riscos de incidente.



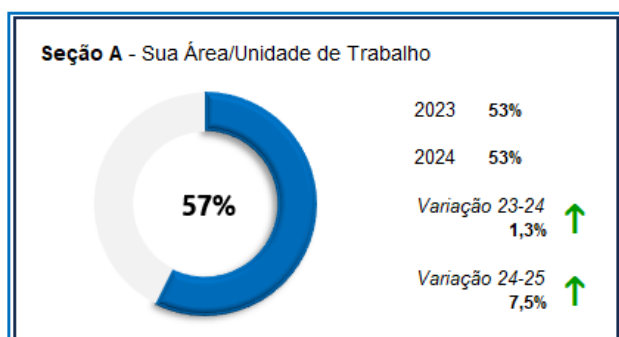

Objetivo: Fortalecer a Cultura de Segurança do Paciente

Meta Proposta: Aumentar em 8% a favorabilidade da cultura de segurança até abril de 2025.

Resultado Alcançado: Tivemos como resultado respectivamente conforme cada seção:

Seção A- SUA ÁREA/UNIDADE DE TRABALHO: Aumento de 7,5% na favorabilidade.

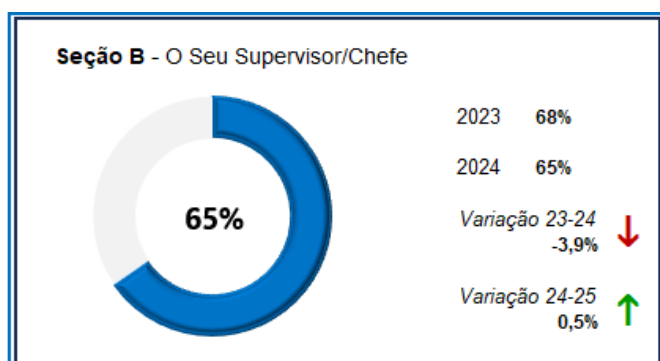
Figura 33. Favorabilidade seção A 2025



Fonte: Qualidade CEAP-SOL.

Seção B- O SEU SUPERVISOR/CHEFE: Aumento de 0,5% na favorabilidade.

Figura 34. Seção B 2025

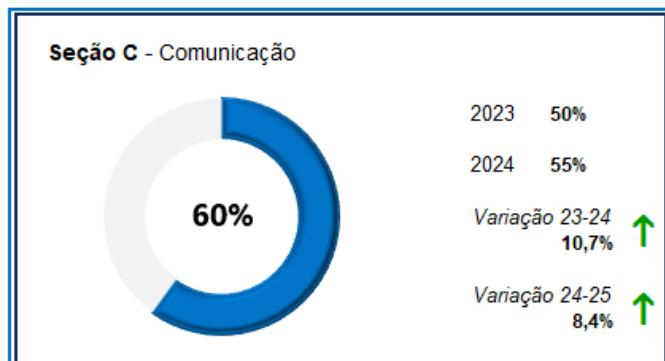


Fonte: Qualidade CEAP-SOL.




Seção C - COMUNICAÇÃO: Aumento de 5% na favorabilidade

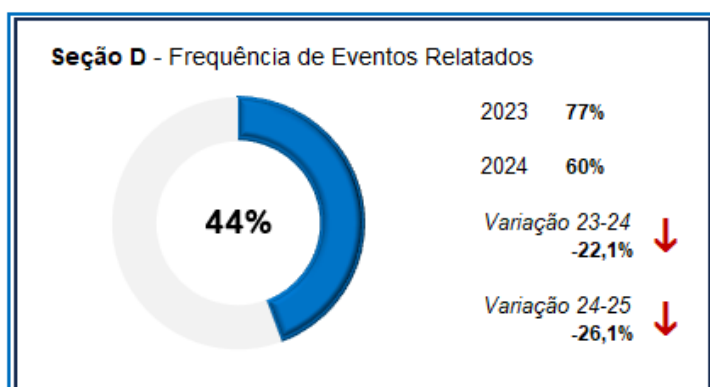
Figura 35. Seção C 2025



Fonte: Qualidade CEAP-SOL.

Seção D - FREQUÊNCIA DE EVENTOS RELATADOS: Diminuição de 26,1% na favorabilidade. Não consideramos o resultado desfavorável, muito pelo contrário pois no ano de 2025 conseguimos uma melhora adesão nas respostas a pesquisa o que nos possibilitou desdobrar a pesquisa a um nível operacional.

Figura 36. Seção D 2025



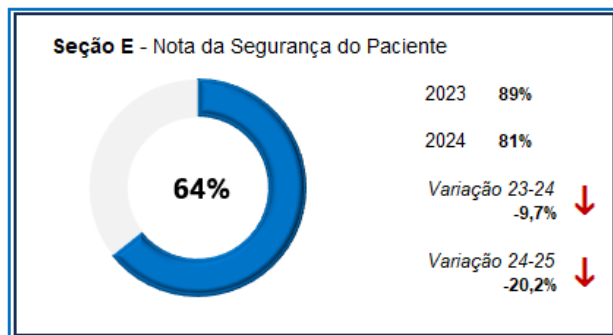
Fonte: Qualidade CEAP-SOL.

Seção E- NOTA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: Diminuição de 20,2% na favorabilidade, resultado que não demonstra uma piora, considerando que




em detrimento de termos um aumento na adesão da pesquisa, ou seja, antes as respostas eram mais limitadas ao grupo de lideranças da unidade, percebemos uma maior adesão e desdobramento da pesquisa a nível operacional. O que é favorável considerando o aumento do escopo de acesso a pesquisa. Trabalhamos no decorrer do ano o fortalecimento sobre a importância das notificações e cultura justa. Se utilizarmos como parametro o resultado de aumento de 43% das notificações registradas podemos evidenciar melhora na cultura de notificações. Essa pesquisa é aplicada regularmente no mês de abril.

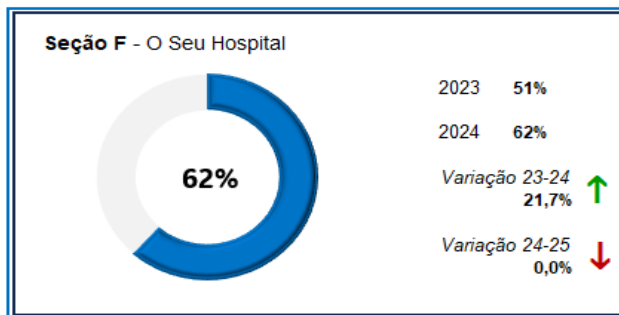
Figura 37. Seção E 2025



Fonte: Qualidade CEAP-SOL.

Seção F- O SEU HOSPITAL: A favorabilidade se manteve com o mesmo percentual.

Figura 38. Seção F 2025



Fonte: Qualidade CEAP-SOL.

3. PROTOCOLOS DE SEGURANÇA – METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Objetivo: Manutenção dos processos de Segurança do Paciente




Metas propostas: Aumentar em 5% a adesão geral as metas internacionais Identificação segura e Prevenção de quedas e lesão por pressão.

Fortalecer o protocolo de procedimento seguro com Implantação de checklist de procedimento seguro no ambulatório para os procedimentos da dermatologia e odontologia até fevereiro de 2025;

Fortalecer o protocolo de comunicação efetiva com implantação da aplicação da ferramenta SBAR para casos de transferências.

Resultado alcançado:

- Protocolo de Procedimento seguro (Meta 4 da OMS): Alcançamos nosso objetivo e implantamos a aplicação do checklist de procedimento seguro para os procedimentos realizados pela odontologia e dermatologia. Criamos indicador de adesão global e adesão por cada marcador do protocolo.
- Protocolo de Comunicação efetiva (Meta 2 da OMS): Alcançamos o objetivo de implantação da ferramenta SBAR para transição do cuidado, estamos monitorando a aplicação por meio de indicador de adesão. Em relação a adesão ao protocolo de comunicação efetiva melhoramos a adesão em 10% considerando o ano de 2024.
- Protocolo de Identificação segura (Metas 1da OMS) e Protocolo de prevenção de quedas (meta 6 da OMS) e protocolo de prevenção de quedas mantivemos a adesão do último ano.
- Protocolo de medicação segura (Meta 3 da OMS) : Foi desenvolvido ações para conscientização sobre a importância de implementar barreiras para mitigar o risco de eventos adversos relacionados a falha no processo de administração de medicamento que se inicia desde a prescrição passando por todo o processo. Implantado projeto estações para trabalhar o tema.



Figura 39. Evidência do projeto estações



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL

4. AUDITORIA INTERNA DE PROCESSO

Objetivo:

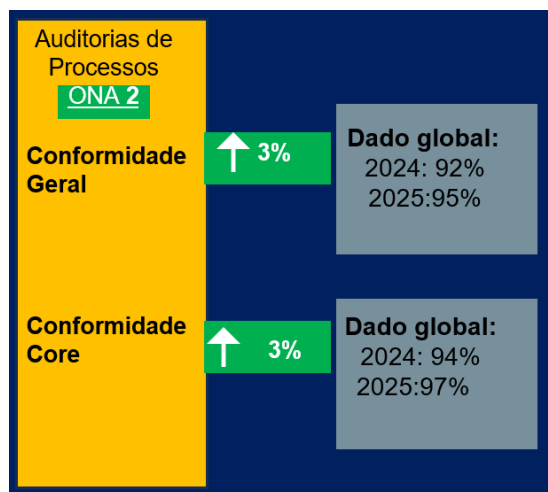
- Manutenção da Acreditação Plena, ONA 2;
- Upgrade para Acreditação com Excelência, ONA 3.
- Aumentar a conformidade das auditorias internas Nível 2 em 5% em todas as subseções até abril de 2025;
- Aumentar a conformidade das auditorias internas Nível 3 em 50% em todas as subseções até dezembro de 2025.

Resultado alcançado:

- Em relação a manter o nível 2 de acreditação ONA conseguimos atingir o objetivo alcançando um aumento de conformidade de 3% em relação aos requisitos globais e um aumento de 3% de conformidade aos requisitos CORE também.



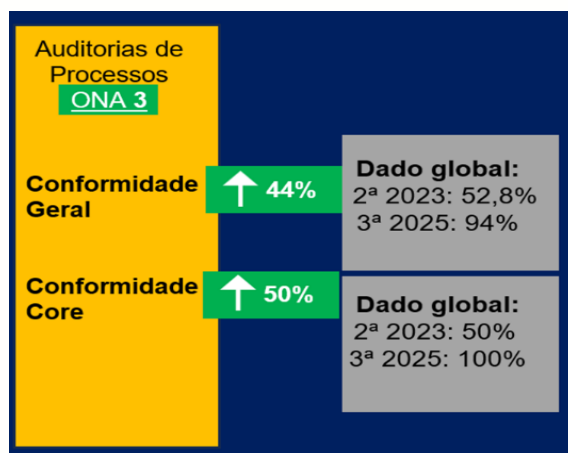

Figura 40. Resultado de auditoria de processo NÍVEL 2



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL

- Considerando a meta estabelecida para o nível 3 de acreditação conseguimos em 2025 um aumento de 44% na conformidade aos requisitos globais e 46% de aumento na conformidade dos requisitos core. Alcançamos nosso objetivo de upgrade para ONA 3 com uma conformidade dos requisitos de 90% aos itens gerais e 100% aos itens CORE.

Figura 41. Resultado de auditoria de processo NÍVEL 3



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL




5. EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

A experiência do paciente é definida como o conjunto de interações do paciente num sistema de saúde, que compreende cada etapa de sua jornada até a alta, a experiência do paciente envolve sua segurança e qualidade, cuidado centrado no paciente e excelência na jornada. Nesse contexto desenvolvemos as seguintes ações no decorrer do ano:

Projeto “Cuidando de quem cuida pela Segurança do paciente”:

No decorrer do ano foram realizadas atividades alternativas que auxiliam na ativação da circulação sanguínea, no alívio à dores e tensões musculares, estimulam o relaxamento, e auxilia na motivação, disposição e concentração dos colaboradores, bem como promovidos momentos de relaxamento com foco no bem-estar físico e mental dos colaboradores.

Foram desenvolvidos momentos com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos colaboradores, através de tratamento alternativo que auxiliam na ativação da circulação sanguínea, no alívio à dores e tensões musculares, estimula o relaxamento, auxilia na motivação, disposição e concentração dos colaboradores.

Figura 42. Evidências do atendimento – Projeto Cuidando de quem Cuida.



Fonte: arquivo de imagens CEAP-SOL.

Projeto passeio terapêutico

Idealizado e implementado o “Passeio Terapêutico”, trata-se de uma terapêutica da rotina do banho de sol que é uma tecnologia leve de cuidado, humanizada, que proporciona ao paciente benefício biológico, social, espiritual e psíquico. Ratifica-se a importância da humanização ao direcionar o olhar para a pessoa no aspecto biopsicosocioespiritual valorizando o sujeito como protagonista da sua história no qual o adoecimento é apenas uma parte da sua vida. Neste sentido, o paciente não é apenas alguém em busca de um tratamento médico, mas aquele que necessita participar do processo de restabelecimento. (Wanderley, et al, 2019).

No ano de 2025 dentre outros momentos o passeio terapeutico contou com a participação conjunta da Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Nutrição e condutores.

Com o intuito de oferecer uma melhor experiência na jornada dos pacientes foi organizado um momento de descontração fora do ambiente hospitalar, no qual os pacientes puderam degustar picolé ao ar livre. Essa ação simples, porém muito significativa reforçou a importância de olhar para além do tratamento clínico, valorizando a dignidade, alegria e atendimento humanizado no processo de recuperação tanto da saúde emocional quanto contribuindo para a qualidade de vida durante a internação. A ação foi cuidadosamente planejada, seguindo os protocolos de controle de infecção e segurança para proteção de pacientes e profissionais envolvidos.

Figura 43. Evidência do passeio terapêutico.



Fonte: arquivo de imagens CEAP-SOL.

Projeto “O que importa para você”?

Ação desenvolvida no intuito de melhorar a jornada do paciente, foram selecionados alguns pacientes para responder a seguinte pergunta - o que importa para você?

De acordo com a resposta, a unidade providenciava o desejo do paciente. No ano de 2025 o paciente selecionado demonstrou o desejo de ver os seus cães de estimação. A Ação foi cuidadosamente planejada seguindo os protocolos de higiene e segurança para proteger o paciente e o animal.

Figura 44. Evidência do projeto “o que importa pra vc”?



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.

6. Comemoração ao dia mundial da Segurança do paciente – setembro

Laranja:

No ano de 2025 em alusão ao Setembro Laranja: CEAP-SOL celebra Semana de Segurança do Paciente, Prevenção e Combate à Sepse.

A campanha foi marcada por atividades práticas em todas as unidades. Entre elas, ganhou destaque o Escape Room da Segurança, uma simulação interativa de caso clínico de sepse em paciente adulto, conduzida pela médica infectologista Dra. Pâmella Wander. A dinâmica envolveu toda a linha de cuidado e trouxe uma abordagem inovadora para sensibilizar os profissionais sobre a importância da agilidade e da integração da equipe diante desse tipo de situação.

Na mesma ocasião, foi entregue o Prêmio Profissional Exemplo em Práticas Seguras 2025. A coordenadora de enfermagem Sara Avelino foi a mais votada pelos colegas e recebeu o título, como forma de reconhecimento ao seu compromisso com a segurança do paciente no CEAP-SOL.

Figura 45. Cerimônia de reconhecimento do profissional exemplar em segurança do paciente.



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL

Figura 46. Evidência da campanha para prevenção e combate a sepse



Fonte: Arquivo de imagens CEAP-SOL.

7. Finalização da Campanha #eunotifico

Para celebrar o sucesso da campanha #eunotifico que contribuiu para o aumento de 43% das notificações de ocorrências registradas foi realizado um café da manhã com estratégias de fortalecimento da interação dos diferentes processos conforme cadeia de valor da unidade.




Figura 47. Finalização da campanha #eunotifico



Fonte: arquivo de imagens CEAP-SOL.

8. Outras atividades realizadas:

- Treinamentos dos protocolos de segurança do paciente com as equipes envolvidas;
- Participação na elaboração, revisão e treinamento dos protocolos e rotinas relacionados ao atendimento a pacientes;
- Ação em alusão ao mês de abril pela segurança do paciente;
- Atividades para adesão à Higienização das Mãos;
- Integração de novos colaboradores;
- Estratégias e ações de prevenção de riscos inerentes aos processos assistenciais;
- Incentivo as notificação de Evento adverso, incidentes e queixas técnicas na instituição;
- Fortalecimento de barreiras de mitigação de riscos assistenciais associados aos processos de trabalho;
- Promoção de melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes;
- Implementar ações de controle dos riscos com foco nos processos, com vistas a atenuar e minimizar suas consequências e melhorar os resultados com base em indicadores de Processos de identificação de pacientes; Prevenção de quedas; Prevenção de lesões por pressão; Prevenção de trombose venosa profunda; Segurança na prescrição,




transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados e Comunicação efetiva;

- Estimulo a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- Conscientização sobre os riscos relacionados ao uso de equipamentos.

4.17.3 GESTÃO OPERACIONAL

No ano de 2025, a gestão operacional tem se pautado pela busca incessante pela excelência na execução das atividades, com ênfase no desenvolvimento contínuo das tarefas e no cumprimento rigoroso dos processos internos por toda a equipe técnica e operacional. A principal diretriz tem sido a promoção de melhorias contínuas, garantindo que todas as ações estejam alinhadas aos objetivos organizacionais e às metas contratuais estabelecidas.

Durante o período analisado, diversas ações estratégicas foram implementadas para garantir o cumprimento das metas pactuadas. Entre essas ações, destacam-se o acompanhamento constante da equipe multiprofissional, por meio da extração de relatórios semanais de atendimentos realizados. Esse acompanhamento permitiu a identificação e intervenção nas equipes com baixa produção ou alto absenteísmo, com ações corretivas baseadas em feedbacks específicos e na análise das causas da baixa produção. Além disso, foi dado foco ao monitoramento dos indicadores de qualidade, com vistas a aprimorar os processos internos e garantir a manutenção dos padrões de atendimento. Outro ponto relevante foi o desenvolvimento de planos de ação, que incluíram o estabelecimento de prazos, metas claras e resultados esperados para cada atividade executada. Isso foi complementado pela realização de pareceres técnicos periódicos e pela avaliação de desempenho dos profissionais, com o objetivo de otimizar os processos e assegurar que todos estivessem alinhados com os padrões estabelecidos pela gestão. O dimensionamento adequado dos recursos humanos também foi uma prioridade, garantindo que a equipe



estivesse devidamente capacitada e distribuída de maneira eficiente para o cumprimento das metas contratuais.

Por fim, a análise mensal dos indicadores de produção se mostrou uma ferramenta essencial para o processo de avaliação crítica e melhoria dos serviços prestados. A partir dessas análises, foi possível identificar pontos de melhoria e realizar ajustes nas estratégias operacionais, garantindo maior eficiência e qualidade nos atendimentos. Essas ações refletem o compromisso da gestão em 2025 com a qualidade dos serviços, a eficiência operacional e o cumprimento das metas estabelecidas, sempre com foco na melhoria contínua e na satisfação dos usuários.

4.17.4 COMISSÕES HOSPITALARES

O Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidarietà (CEAP-SOL), como uma instituição de saúde de referência, possui um sistema robusto de gestão e controle da qualidade dos serviços prestados, sustentado por comissões hospitalares. Essas comissões são formadas por profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros, que atuam de forma colaborativa para garantir a excelência em todos os processos assistenciais.

As comissões hospitalares do CEAP-SOL desempenham um papel fundamental ao:

- Promover a segurança do paciente: Implementando protocolos e normas que minimizem o risco de eventos adversos e garantindo a qualidade dos cuidados.
- Aprimorar a assistência: Analisando os processos de trabalho, identificando oportunidades de melhoria e buscando soluções inovadoras.
- Atualizar os profissionais: Organizando atividades de educação continuada e promovendo a disseminação de conhecimentos científicos.



- Assegurar a qualidade dos serviços: Realizando auditorias e avaliações periódicas, garantindo a conformidade com as normas e padrões estabelecidos.
- Fortalecer a gestão: Participando ativamente da tomada de decisões e contribuindo para o desenvolvimento de políticas institucionais.

Abaixo as principais comissões hospitalares presentes no CEAP-SOL. São elas: Garantindo a Qualidade da Assistência e Segurança do Paciente

- **Comissão de Análise e Revisão de Prontuário e de Documentação Médica e Estatística:** Essencial para garantir a completude e a qualidade da documentação médica, além de fornecer dados para a análise de indicadores e a tomada de decisões.
- **Comissão Controle de Infecção Hospitalar:** Responsável por prevenir e controlar infecções relacionadas à assistência à saúde, protegendo pacientes e profissionais.

Ao longo do ano de 2025, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar promoveu avanços significativos nos processos assistenciais e de segurança do paciente, destacando-se a estruturação e fortalecimento do Protocolo de Sepsis, com definição de fluxos e responsabilidades. Observou-se melhora nos índices dos indicadores de higiene das mãos, refletindo maior adesão às práticas de prevenção de infecções.

Foram realizadas visitas técnicas internas e externas, contribuindo para a identificação de não conformidades e implementação de ações corretivas. Houve também melhora na avaliação da limpeza terminal, com impacto positivo no controle ambiental.

Destaca-se ainda a redução/melhoria dos indicadores de IRAS ambulatorial, bem como a implementação do Checklist de Cirurgia Segura, associada à busca ativa de 100% dos pacientes submetidos a procedimentos invasivos na unidade.

Adicionalmente, a Comissão intensificou a busca e monitoramento dos controles de uso de antimicrobianos, visando à prevenção da resistência microbiana e ao uso racional dessas medicações.



- **Comissão de Auditoria Transfusional:** Garante a segurança e a eficácia da transfusão de sangue e hemoderivados.
- **Comissão de Verificação de Óbito:** Realiza a averiguação das causas dos óbitos ocorridos na instituição, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência e para a análise de mortalidade.
- **Comissão de Farmácia e Terapêutica e Comissão de Padronização:** Responsáveis pela seleção, aquisição e uso racional de medicamentos, garantindo a segurança e a eficácia da farmacoterapia.

No ano de 2025 houve a implantação do sistema mobile no setor de farmácia hospitalar resultou em melhorias significativas na gestão de estoques e na dispensação de medicamentos, permitindo acesso em tempo real a dados de inventário, agilizando processos de solicitação e reduzindo erros operacionais em até 30%, conforme indicadores monitorados. Essa evolução foi complementada pela atuação da Comissão de Padronização e despadronização de Produtos e Medicamentos Hospitalares, responsável por avaliar e aprovar as prescrições médicas, analisando critérios como eficácia clínica, custo-benefício, segurança farmacológica e disponibilidade no mercado, garantindo a racionalização do uso de recursos e a otimização da assistência farmacêutica.

- **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio - CIPAA:**

Promove um ambiente de trabalho seguro e saudável, prevenindo acidentes e casos de assédio.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPAA) do CEAPSOL desenvolve e apoia diversas ações voltadas à promoção da segurança, saúde, bem-estar e respeito no ambiente de trabalho, reforçando seu compromisso com a prevenção de acidentes, o combate ao assédio e a valorização do colaborador.

Dentre as principais iniciativas, destaca-se a participação ativa na Semana de Conscientização sobre Assédio Moral e Sexual, integrada às ações do Setembro Amarelo – “Falar pode Salvar”, a realização da VIII SIPAT 2025, que teve como tema “Bem-estar e Segurança: Juntos por um Ambiente



Saudável". Ao longo da semana, foram promovidas palestras, dinâmicas e atividades lúdicas e recreativas, com foco na conscientização sobre saúde mental, prevenção ao assédio, segurança no trabalho e fortalecimento de um ambiente laboral saudável e acolhedor.

Como ação contínua de prevenção, a CIPAA, em parceria com o SESMT, implementou a Blitz da Segurança, realizada por meio de inspeções in loco nos diversos setores da unidade. Essa iniciativa tem como objetivo auditar e vistoriar os ambientes de trabalho, identificar riscos, verificar as condições das instalações e orientar os colaboradores quanto ao uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), bem como à conservação dos locais de trabalho.

A Blitz da Segurança também atua de forma educativa, promovendo a conscientização preventiva, o diálogo direto com os colaboradores e o fortalecimento da cultura de segurança, contribuindo para a redução de riscos ocupacionais e para a melhoria contínua das condições de trabalho.

Dessa forma, as ações desenvolvidas pela CIPAA no CEAPSOL reafirmam o compromisso institucional com a prevenção, o cuidado com a saúde física e mental dos colaboradores e a construção de um ambiente de trabalho seguro, respeitoso e saudável.

- **Comissão Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:** Coordena as ações de melhoria contínua da qualidade e segurança da assistência, implementando programas e projetos específicos.

No ano de 2025 desenvolveu o plano de segurança do paciente com foco em fortalecer processos de melhoria para a experiência do paciente. Bem como desenvolveu o plano de melhoria com foco em upgrade para acreditação ONA 3. Houve no decorrer do ano dentre outras ações capacitações e desenvolvimento de temas como Comunicação de más notícias, farmacovigilância, tecnovigilância, prevenção de suicídio, prevenção de lesão por pressão, prevenção de quedas, Fortalecimento das Comunicações de Incidentes e Eventos Adversos, treinamentos das ferramentas da qualidade (SIPOC, FMEA, Matriz Gut, 5W2H, PDSA- teoria da mudança, A3, protocolo



de Londres, Ishikawa), Projeto Estações: Metas internacionais de segurança do paciente, prevenção de infecção relacionada a assistência à saúde.

As campanhas são estruturadas para coincidir com os treinamentos, garantindo maior integração e absorção do conteúdo pelas equipes.

- **Comissão de Educação Permanente:** Promove a educação continuada dos profissionais, atualizando conhecimentos e habilidades.

Foram implementadas ações estratégicas através da Comissão de Educação Permanente, que resultaram em um avanço substancial nos indicadores de desenvolvimento do setor. É notório o progresso no índice de participação em treinamentos: enquanto o primeiro semestre encerrou-se com um aproveitamento de 69% (índice que se situava aquém da meta estabelecida de 80%), as intervenções realizadas no período subsequente elevaram o percentual acumulado do segundo semestre para 88% (dados consolidados até dezembro). Este resultado não apenas supera a meta institucional, mas reitera o compromisso do setor com a qualificação contínua e o engajamento das equipes.

- **Comissão de Desospitalização e Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar:** Busca otimizar a utilização de leitos e garantir a alta segura dos pacientes.

Ao longo de 2025, a Comissão de Desospitalização consolidou-se como um dispositivo estratégico na gestão do cuidado e na qualificação dos processos de desospitalização hospitalar, especialmente de pacientes em longa permanência, com a implantação e utilização da ferramenta Matriz de Classificação de Risco Social – Sentinelas de Vulnerabilidade. Essa ferramenta possibilitou a melhoria na identificação precoce de riscos sociais, subsidiando a construção de planos terapêuticos individualizados e integrados, bem como o acompanhamento sistemático de casos complexos. Contudo, apesar dos avanços assistenciais e organizacionais alcançados, a ausência de pareceres jurídicos conclusivos para determinados casos limitou o desfecho de algumas situações de maior complexidade social, evidenciando a necessidade de fortalecimento da articulação com o setor jurídico para qualificação e resolutividade dos processos de desospitalização.



- **Comissão de Acidentes Material Biológico e Comissão de Biossegurança:** Responsáveis pela prevenção de acidentes com material biológico e pela garantia da segurança biológica na instituição.

A Comissão de Acidentes com Material Biológico e Biossegurança alcançou avanços relevantes no fortalecimento da segurança ocupacional da unidade, com destaque para a padronização e revisão dos fluxos de atendimento em acidentes com material biológico (incluindo colaboradores CLT, servidores, terceiros e PJ), a realização de treinamentos específicos de prevenção e conduta pós-exposição, e o monitoramento sistemático dos acidentes ocorridos, garantindo acompanhamento clínico adequado dos profissionais expostos. Houve ainda melhorias na gestão de insumos e materiais de segurança, com avaliação crítica dos coletores de perfuro cortantes, orientações para substituição conforme a NR-32, e articulação com os setores de compras e farmácia.

A Comissão também contribuiu para o aprimoramento da infraestrutura e dos processos assistenciais, como a chegada de novo autoclave, discussões sobre exames radiológicos e otimização de fluxos, além de promover a integração multiprofissional e o alinhamento institucional contínuo, reforçando a cultura de biossegurança, prevenção de riscos e cuidado com a saúde dos trabalhadores.

- **Comissão de Eventos:** Ter uma comissão de eventos é essencial e necessária por razões estratégicas e operacionais, que vão além do simples planejamento e execução de atividades, desempenha um papel fundamental na gestão, humanização e fortalecimento das relações internas e externas da instituição. Essa comissão contribui diretamente para o engajamento dos colaboradores, promovendo a valorização da equipe por meio de atividades que reconhecem seus esforços e incentivam a integração entre os diferentes setores. Esse tipo de iniciativa também favorece a construção de um ambiente de trabalho mais acolhedor, essencial para o bem-estar dos profissionais de saúde.

A Comissão de Eventos atuou ao longo de 2025 na organização de ações voltadas à integração e ao engajamento dos colaboradores. Os eventos



realizados contribuíram para a melhoria do clima organizacional, fortalecimento do trabalho em equipe e aumento da satisfação do time.

- **Comissão de Ética de Enfermagem e Comissão de Ética Médica:** Asseguram o cumprimento do código de ética profissional e a defesa dos direitos dos pacientes.

- **Comissão de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional - EMTN:**

Garante a qualidade da assistência nutricional aos pacientes.

- **Comissão de Gerenciamento de Resíduos:** Responsável pelo manejo adequado dos resíduos gerados na instituição, minimizando o impacto ambiental e protegendo a saúde.

- **Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele:** Promove a prevenção e o tratamento de lesões de pele em pacientes.

- **Comissão de Cuidados Paliativos:** Oferece cuidados paliativos aos pacientes com doenças crônicas e/ou em fase terminal.

- **Comitê de Ética em Pesquisa:** Avalia e acompanha os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo a ética e a segurança dos participantes.

A existência dessas comissões demonstra um compromisso com a excelência em saúde e com o bem-estar dos pacientes e profissionais.

4.17.5 TRANSPARÊNCIA

O Instituto Sócrates Guanaes – ISG, associação civil de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social de Saúde pelo Estado de Goiás, gestora do Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidarietà – CEAP-SOL em razão do Termo de Transferência de Gestão nº 003/2013, reconhece a importância da transparência e acesso à informação como pilares fundamentais para uma gestão ética e eficiente. Por isso, além de cumprir com a obrigatoriedade da Lei de Acesso à Informação (LAI) - Lei Federal n.º 12.527/2011, o ISG também segue uma política de




transparência em suas ações e disponibiliza publicamente os dados e informações custodiados pela Organização Social.

O Setor de Transparência do ISG/CEAP-SOL atua com o objetivo de garantir o acesso público a informações relevantes sobre a instituição, assegurando clareza, publicidade e responsabilidade na gestão. Entre essas informações estão dados sobre administração, recursos financeiros, serviços prestados e demais ações institucionais, permitindo que a sociedade acompanhe e exerça o controle social.

Essa atuação reafirma o compromisso do ISG com uma gestão pública ética e transparente, possibilitando que os cidadãos tenham acesso a informações claras, compreensíveis e atualizadas. Ao facilitar esse acesso, o Instituto fortalece a confiança da sociedade e estimula uma relação mais participativa entre a instituição e a comunidade.

O site institucional observa diretrizes estabelecidas na Metodologia Unificada de Avaliação das Entidades de Direito Privado sem fins Lucrativos (SES/GO) – 2025, considerando os critérios definidos para o acesso e a divulgação das informações.

Figura 48. Sítio da unidade de saúde.



Fonte: <https://isgsaude.org.br/ceapsol/transparencia/>.

Como iniciativa do Setor de Transparência, destaca-se o **Selo de Transparência e Boas Práticas de Gestão**, que se encontra em sua **segunda edição, no ano de 2025**. A iniciativa reconhece os setores que se destacam na

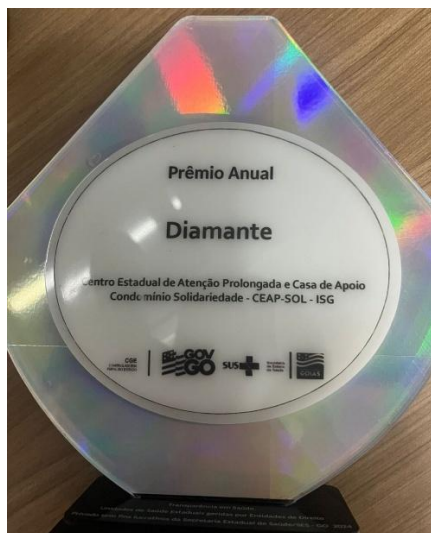



transparência ativa e no cumprimento das obrigações legais, incentivando a cultura da prestação de contas, fortalecendo a confiança da sociedade e contribuindo para o aprimoramento da gestão pública.

Nesta edição, o Selo reforça o compromisso com a transparência institucional, mantendo como foco o reconhecimento dos setores responsáveis pela disponibilização de documentos e informações dentro dos prazos estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde – **SES/GO**, valorizando os esforços no fornecimento de informações claras, acessíveis e relevantes à sociedade, bem como o fortalecimento da accountability institucional.

Além deste reconhecimento institucional, a unidade foi **formalmente contemplada com o Selo Diamante, concedido pela Secretaria de Estado da Saúde (SES)**, distinção destinada às instituições que atingiram **entre 90% e 100% de conformidade**, evidenciando o elevado nível de excelência e aderência aos padrões exigidos pelo órgão gestor. A entrega dos selo diamante ocorreu durante o Fórum SES e Parceiros Privados, momento em que foram reconhecidas as unidades conforme os critérios estabelecidos.

Figura 49. Selo de Diamante



Fonte: Comunicação CEAP-SOL.




Figura 50. Selo de Transparência e Boas Práticas de Gestão.



Fonte: Comunicação CEAP-SOL.

Figura 51. Setores premiados com o Selo de Transparência e Boas Práticas de Gestão.



Fonte: Comunicação CEAP-SOL.

5 INDICADORES ESTATÍSTICOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS DE DESEMPENHO E DO CUMPRIMENTO DE METAS PACTUADAS (P1)

Os dados de produção são compilados em forma de planilhas de análise mensalmente, onde compõem o Plano Estatístico do CEAP-SOL.

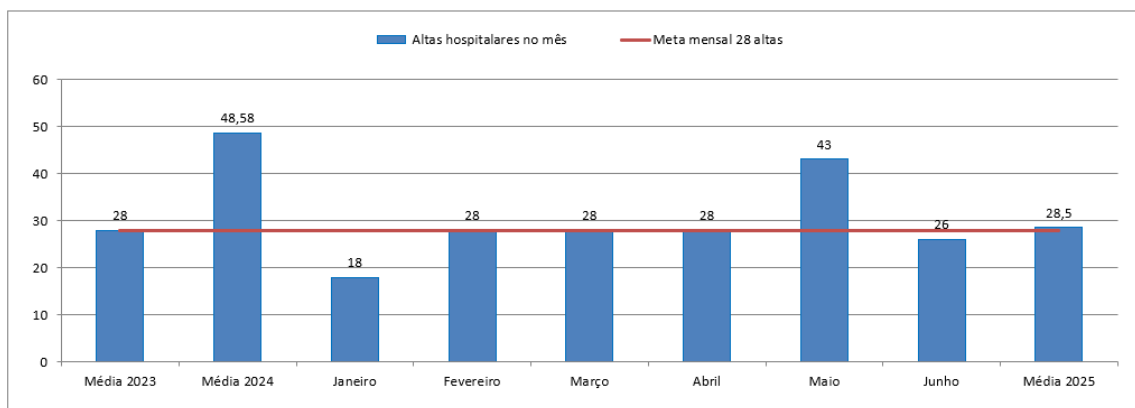
5.1 INDICADORES QUANTITATIVOS

5.1.2. Saídas Hospitalares

O Núcleo de Assistência Hospitalar possui meta contratual, conforme 13º Termo Aditivo, de 28 saídas hospitalares/mês (período de vigência do 13º aditivo: de 24 de junho/2023 a 24 de junho/2025).

Figura 52. Saídas Hospitalares.

Título: Saídas Hospitalares no período de Janeiro a Junho de 2025.



Fonte: NIR – Data: 05/07/2025 – Responsável: Aucéria Augusta – Tipo de Indicador: Indicador de Resultados.

Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
28	18	28	28	28	43	26	168	171	101%

Tabela 5. Número de saídas hospitalares.

Análise: A análise do desempenho da Unidade de Internação do CEAP-SOL evidencia que os resultados observados sofreram influência direta de fatores, assistenciais e epidemiológicos, com destaque para a **sazonalidade da Dengue**, período no qual a unidade atuou como **referência estadual para o atendimento de arboviroses**, impactando significativamente a dinâmica de internações e desospitalizações.

Conforme apresentado acima, no período analisado, a unidade registrou **477 saídas hospitalares**, frente a um total **previsto de 168**, representando um **desempenho 184% acima do planejado**. Esse resultado evidencia a capacidade de resposta assistencial, especialmente em um cenário de aumento expressivo da demanda provocado por fatores externos, como surtos epidemiológicos.

Entretanto, apesar do quantitativo expressivo de saídas, é importante contextualizar que o CEAP-SOL possui um perfil assistencial voltado

[Assinatura]

majoritariamente para **pacientes de longa permanência**, muitos deles em **cuidados paliativos**, com condições clínicas complexas que exigem acompanhamento prolongado. Esse perfil assistencial, evidenciado ao longo de 2025, demonstrou os desafios enfrentados no cumprimento da meta mensal de 28 saídas hospitalares, uma vez que a característica de longa permanência dos pacientes limita a rotatividade dos leitos. Diante dessa realidade e considerando as especificidades assistenciais da unidade, o novo contrato de gestão passou a adotar o indicador de paciente-dia, permitindo uma mensuração mais fidedigna da produção assistencial, alinhada à complexidade clínica, ao tempo de internação e à real capacidade operacional do CEAP-SOL.

Outro fator relevante refere-se às **vulnerabilidades sociais** apresentadas por parte significativa dos pacientes, como ausência de rede de apoio, dificuldades de acesso à atenção ambulatorial, moradia e suporte social, o que frequentemente posterga a alta hospitalar. Essas situações demandam articulação intersetorial e soluções extra-hospitalares, tornando o processo de desospitalização mais complexo e demorado.

No ano de 2025, observa-se continuidade desse cenário. Em janeiro, a unidade atingiu a meta contratual de 28 saídas mensais, refletindo estabilidade operacional. Em fevereiro, a epidemia de Dengue em Goiás voltou a impactar a gestão dos leitos, exigindo ajustes estratégicos no processo regulatório. Já em março, além do alcance quantitativo das metas, tornou-se imprescindível reforçar a análise qualitativa da assistência, considerando indicadores como escalas de Fugulin, planos terapêuticos e relatórios das comissões e comitês institucionais.

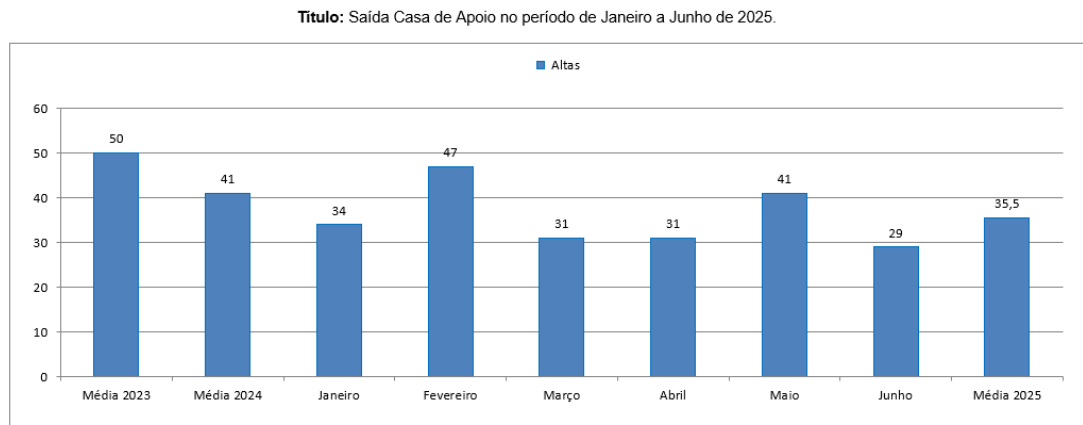
Dessa forma, conclui-se que os resultados alcançados refletem não apenas o desempenho quantitativo da unidade, mas sobretudo sua **capacidade de adaptação frente à sazonalidade epidemiológica**, à complexidade clínica dos pacientes e às demandas sociais associadas, reafirmando o papel do CEAP-SOL como serviço estratégico na rede estadual de saúde.



5.1.3 Hospedagem – Casa de Apoio

Conforme o 15º aditivo do TTG 003/2013 e a revisão da SES (Secretaria Estadual de Saúde), não foi estabelecida meta para o CA. Apesar da hospedagem não ter uma meta pactuada, é necessário continuar visando à qualidade da assistência aos hóspedes e garantindo a integralidade no acesso aos tratamentos demandados, com eficiência e assertividade terapêutica.

Figura 53. Número de saídas mensal da Casa de Apoio.



Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
-	54	46	44	57	44	36	-	281	-

Tabela 6. Número de hospedagens mensal da Casa de Apoio.

Análise: No ano de 2025, a Casa de Apoio do CEAP-SOL apresentou um volume expressivo de atendimentos, totalizando **281 saídas no período de janeiro a junho**, conforme demonstrado na tabela apresentada. Observa-se uma distribuição relativamente homogênea ao longo dos meses, com variações esperadas em função da demanda espontânea característica do serviço.

Os meses de **janeiro** e **abril** registraram os maiores quantitativos de acolhimentos, indicando períodos de maior procura, possivelmente relacionados à intensificação de tratamentos de saúde na capital. Já os meses de **fevereiro**, **março**, **maio** e **junho** mantiveram números consistentes,




demonstrando estabilidade no fluxo de usuários, ainda que sem controle direto por parte da unidade.

Assim como observado em 2024, o perfil da Casa de Apoio em 2025 manteve-se pautado pela **demanda espontânea**, com acolhimentos solicitados tanto pelas prefeituras quanto diretamente pelos usuários, sem intermediação da central de regulação. Essa característica, embora reforce o papel da unidade como serviço de porta aberta e de retaguarda social e psicossocial, continua a representar um desafio para a gestão, uma vez que limita a governabilidade sobre o volume mensal de atendimentos e dificulta o estabelecimento de metas quantitativas fixas.

É importante destacar que a ausência de meta formal para a Casa de Apoio reflete justamente essa natureza assistencial, centrada no acolhimento e no suporte psicossocial às pessoas vivendo com HIV/Aids, em especial aquelas oriundas de municípios do interior de Goiás, em situação de vulnerabilidade social e em necessidade de acompanhamento terapêutico contínuo na capital.

Em continuidade às ações iniciadas em 2024, o Núcleo Psicossocial manteve estratégias voltadas à **humanização do cuidado**, com destaque para o fortalecimento das atividades de acolhimento e orientação, favorecendo a adesão ao tratamento e a permanência segura dos usuários durante o período necessário de acompanhamento em saúde. Essas ações contribuem diretamente para a redução de abandonos terapêuticos e para a melhoria dos desfechos clínicos e psicossociais.

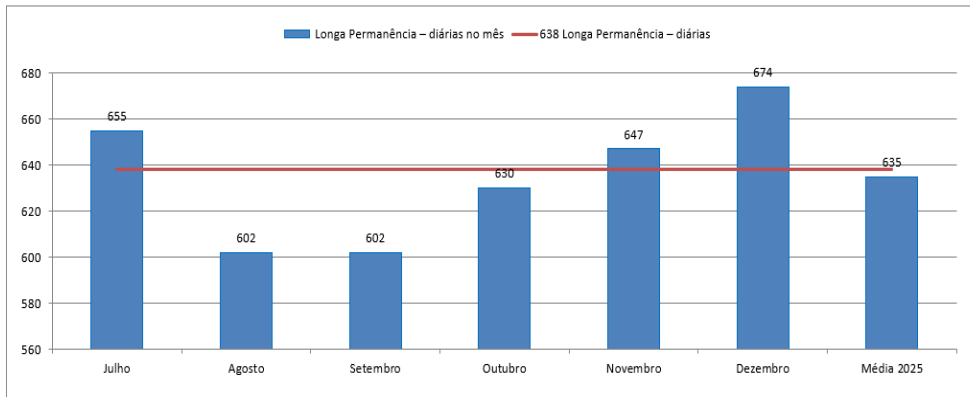
Por fim, os dados de 2025 reforçam a relevância da Casa de Apoio como dispositivo estratégico da rede de atenção, evidenciando a necessidade contínua de **ampliação da divulgação do serviço**, especialmente junto às prefeituras e serviços de origem dos usuários, bem como o fortalecimento das articulações interinstitucionais, de modo a qualificar ainda mais o fluxo de encaminhamentos e a efetividade do cuidado ofertado.



5.1.4 Longa Permanência – diárias

Figura 54. Longa Permanência.

Título: Longa Permanência – Paciente- dia Julho a Dezembro de 2025.



Fonte: NIR – Data: 06/01/2026 – Responsável: Aucéria Augusta – Tipo de Indicador: Indicador de Resultados.

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
638	655	602	602	630	647	674	3828	3136	-0,4%

Tabela 7. Número de pacientes em longa permanência.

Análise: Após a assinatura do 14º Termo Aditivo, o indicador de Longa Permanência passou a ser avaliado com base na meta de paciente-dia, que consiste na soma do número de pacientes internados em condição de longa permanência multiplicado pelos dias efetivos de internação no período avaliado. Esse modelo permite uma análise mais precisa da ocupação prolongada dos leitos, refletindo não apenas a quantidade de pacientes, mas também o tempo de permanência, alinhando-se de forma mais fidedigna ao perfil assistencial da unidade.

No período analisado, de julho a outubro de 2025, a meta mensal estabelecida foi de 638 pacientes-dia. Observa-se que, em julho, o resultado atingiu 655 pacientes-dia, superando a meta pactuada, o que indica maior concentração de pacientes em longa permanência nesse mês, possivelmente relacionada à complexidade clínica e ao perfil de cronicidade dos pacientes assistidos.

Em agosto e setembro, o indicador apresentou redução significativa, com 602 pacientes-dia em ambos os meses, ficando abaixo da meta. No mês de outubro, houve novo aumento do indicador, alcançando 630 pacientes-dia, aproximando-se da meta, porém ainda ligeiramente abaixo do valor pactuado. Esse resultado sugere certa estabilidade no perfil assistencial, com manutenção de pacientes de longa permanência, porém sem retorno aos níveis observados em julho.

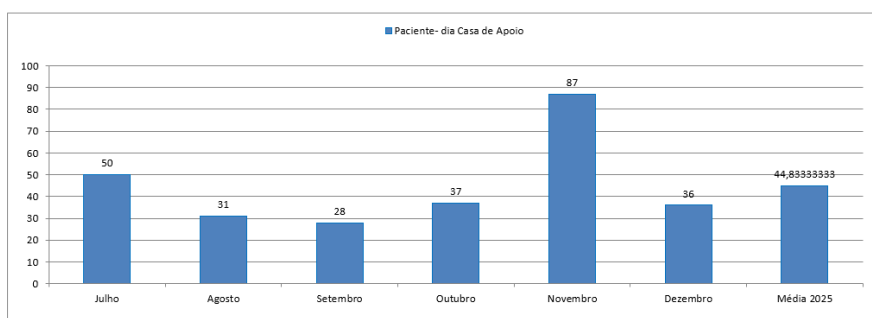
Ao analisar o consolidado do período, o total previsto era de 3.828 pacientes-dia, enquanto o total realizado foi de 2.489 pacientes-dia, representando uma variação negativa de -35% em relação ao planejado. A média do período em 2025 foi de 627,2 pacientes-dia, abaixo da meta mensal estabelecida.

Informamos que o sistema MV apresentou instabilidade de dados nos meses de novembro e dezembro. Diante dessa ocorrência, foram abertos tickets junto ao suporte técnico para análise e reparo, e estamos aguardando a devida retificação. Dessa forma, os números referentes aos meses de novembro e dezembro estão sujeitos a correções após a normalização do sistema.

5.1.5 Hospede - dia

Figura 55. Hospedes Casa de Apoio

Título: Paciente dia Casa de Apoio Julho a Dezembro de 2025.



Fonte: NIR - Data: 05/01/2026 - Responsável: Aucéria Augusta - Tipo de Indicador: Indicador de Resultados.

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
-	50	31	28	37	87	36	-	269	-

Tabela 8. Número de hospedagens.

Análise: Embora o envio do indicador de Hospedes da Casa de Apoio não seja uma exigência contratual, optou-se por manter o acompanhamento e a estratificação dos hóspedes por período, como forma de resgatar e preservar a história assistencial da unidade, além de fortalecer a memória institucional e a análise evolutiva do serviço prestado.

No período de julho a outubro de 2025, observa-se variação no número de hospedes acolhidos na Casa de Apoio, refletindo diretamente o perfil assistencial, a dinâmica de altas hospitalares e a demanda por suporte prolongado fora do ambiente de internação. Em julho, registrou-se o maior quantitativo do período, com 50 pacientes, evidenciando elevada ocupação e forte utilização do serviço. Em agosto, houve redução para 31 hospedes, seguida de nova diminuição em setembro, com 28 hospedes, o que pode estar relacionado à maior resolutividade dos casos, reinserção domiciliar ou reorganização do fluxo assistencial.

No mês de outubro, observou-se novo aumento, alcançando 37 hospedes, indicando retomada da demanda por acolhimento na Casa de Apoio. Esse comportamento demonstra que o serviço permanece essencial como suporte à continuidade do cuidado, especialmente para pacientes em acompanhamento prolongado, em condições clínicas estáveis, porém ainda dependentes de apoio institucional.

A média do período em 2025 foi de 36,5 hospedes, valor que reflete equilíbrio na utilização do serviço ao longo dos meses analisados. A ausência de meta contratual definida para esse indicador reforça seu caráter histórico e descritivo, sem impacto direto no cumprimento do contrato de gestão, mas com



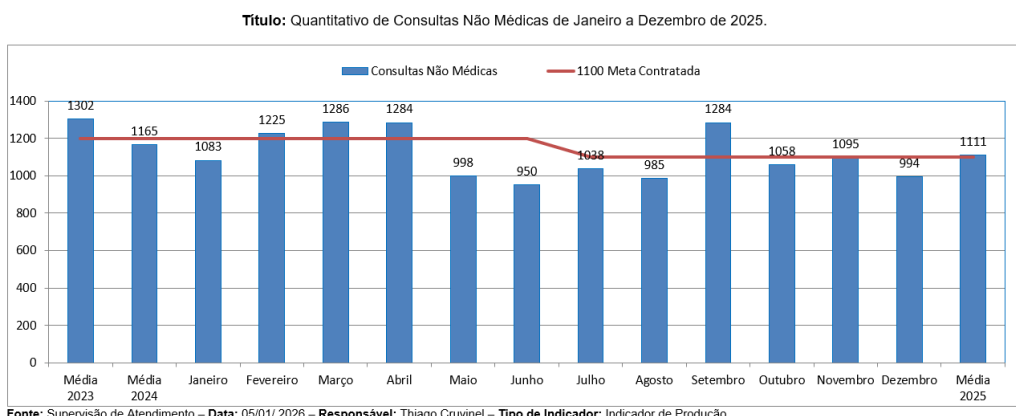

grande relevância para o planejamento assistencial, a gestão de recursos e a compreensão da trajetória dos hóspedes atendidos.

Informamos que o sistema MV apresentou instabilidade de dados nos meses de novembro e dezembro. Diante dessa ocorrência, foram abertos tickets junto ao suporte técnico para análise e reparo, e estamos aguardando a devida retificação. Dessa forma, os números referentes aos meses de novembro e dezembro estão sujeitos a correções após a normalização do sistema.

5.1.6 Atendimento Ambulatorial (Consultas Não Médicas)

Consultas realizadas pelos seguintes profissionais: Psicologia, Fisioterapia, Nutrição Clínica, Odontologia, Terapeuta Ocupacional e Fonoaudiologia.

Figura 56. Número de atendimentos não médicos ambulatoriais mensal.



Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
1200	1083	1225	1286	1284	998	950	7200	6826	-5%

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
1100	1038	985	1284	1058	1095	994	6600	6454	-2%

Tabela 9. Número de atendimentos não médicos ambulatoriais mensal com cálculo Realizados Previsto.

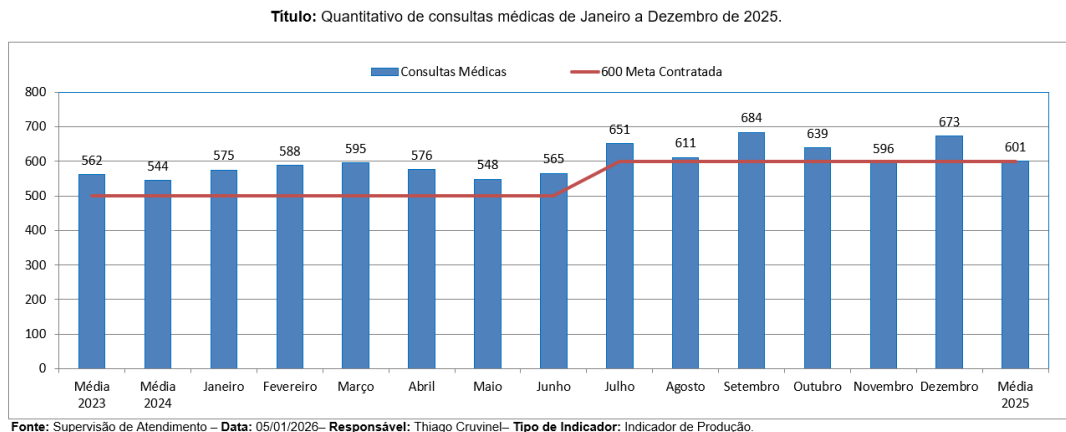
Análise crítica: Em 2025, observa-se um cenário distinto em relação ao ano anterior, marcado principalmente pela revisão da meta de produção ao longo do exercício e pela implementação de diversos projetos institucionais estratégicos, que impactaram diretamente o volume total de atendimentos ambulatoriais não médicos. Embora tenha havido uma redução quantitativa em alguns meses, especialmente quando comparada aos períodos de maior produção de 2024, esse movimento esteve associado à priorização de ações estruturantes, educativas e terapêuticas, voltadas à qualificação do cuidado e à ampliação do escopo assistencial. Projetos voltados à humanização, educação em saúde, reabilitação ampliada e acompanhamento longitudinal dos usuários demandaram maior tempo de atendimento por paciente, resultando em menor rotatividade, porém com ganhos expressivos na qualidade, resolutividade e adesão ao tratamento. Dessa forma, ainda que o desempenho numérico tenha ficado abaixo do previsto em determinados períodos, o ano de 2025 consolidou avanços importantes no modelo assistencial do CEAP-SOL, reforçando que a produção não se restringiu à quantidade de atendimentos, mas à entrega de cuidado qualificado, integral e alinhado às diretrizes institucionais, representando um avanço significativo do ponto de vista técnico e assistencial.




5.1.7. Atendimento Ambulatorial (Consultas Médicas)

Consultas realizadas pelos seguintes profissionais: Infectologia, Dermatologia, Cardiologia, Neurologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Coloproctologia, Ginecologia, Psiquiatria, Nefrologia e Reumatologia.

Figura 57. Número de atendimentos médicos ambulatoriais mensais.



Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
500	575	588	595	576	548	565	3000	3447	15%

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
600	651	611	684	639	596	673	3600	3854	7%

Tabela 10. Número de atendimentos médicos.

Análise: O histórico das consultas médicas demonstra uma trajetória de resiliência e crescimento, consolidando-se em 2025 como um período de alta produtividade, apesar dos desafios crônicos de recrutamento.

Em 2025, o desempenho manteve-se em patamares superiores. No primeiro semestre, sob uma meta de 500 consultas, a unidade realizou 3.447 atendimentos, operando com uma eficiência 15% acima do previsto. A partir de

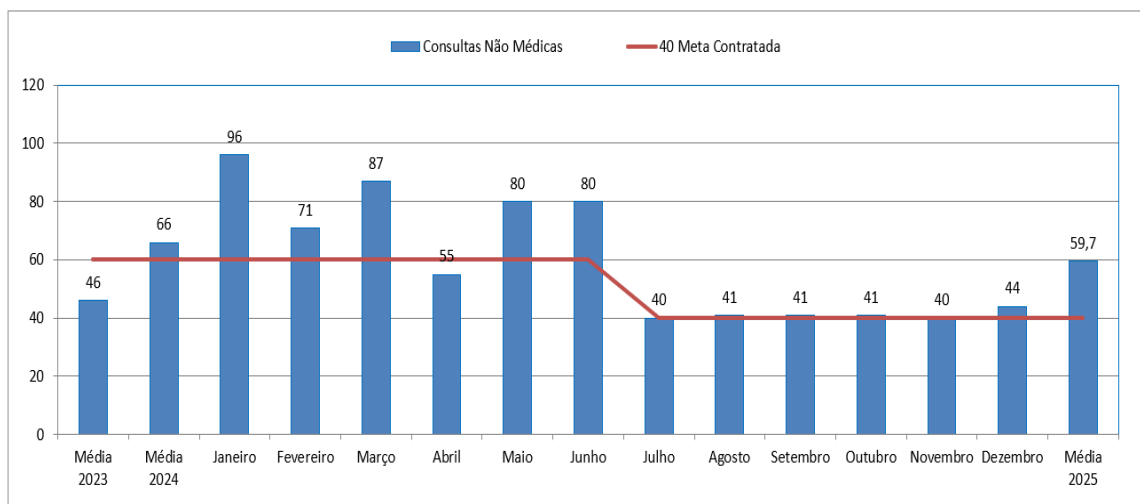
julho de 2025, mesmo com a elevação da meta contratada para 600 consultas mensais, o serviço manteve a robustez, atingindo picos de 684 atendimentos em setembro. Embora novembro tenha apresentado uma leve flutuação (596 atendimentos), a média anual de 2025 consolidou-se em 601 consultas/mês, representando um crescimento real de 9,3% em comparação à média do ano anterior.

Entretanto, esse crescimento encontra um limite técnico na dificuldade de contratação de novos especialistas. Especificamente no caso da Nefrologia, a instituição realizou cinco processos seletivos distintos em 2025 (Editais CEAP-SOL nº 003, 004, 005, 006 e 008), todos sem sucesso no preenchimento da vaga.

5.1.8 Consulta Odontológica PNE

Imagem 58. Consultas odontológicas PNE.

Título: Quantitativo de consultas Odontológicas PNE de Janeiro a Dezembro de 2025.



Fonte: Supervisão de Atendimento – **Data:** 02/01/2026 – **Responsável:** Thiago Cruvinel – **Tipo de Indicador:** Indicador de Produção.

Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
60	96	71	87	55	80	80	360	469	0%

Tabela 11. Número de atendimentos odontologia PNE

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
40	40	41	41	41	40	44	240	247	3%

Análise: O serviço de Odontologia PNE do CEAP-SOL foi marcada por uma readequação estratégica de metas em 2025.

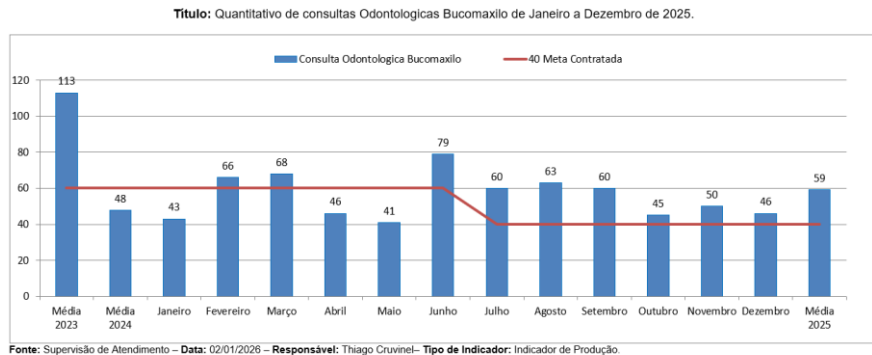
No primeiro semestre de 2025, operando com uma meta de 60 atendimentos mensais, a unidade apresentou um desempenho excepcional, acumulando 469 consultas realizadas contra uma previsão de 360. Este volume de entregas resultou em uma variação positiva de 30% acima da meta estabelecida, com destaque para o mês de janeiro, que registrou o pico de 96 atendimentos. Esse excedente inicial reflete a alta capacidade operacional instalada e a eficiência na gestão da demanda reprimida.

A partir de julho de 2025, houve uma redução formal da meta para 40 consultas mensais. Sob esse novo parâmetro, o serviço passou a operar com precisão cirúrgica em relação ao pactuado: entre julho e novembro, os atendimentos mantiveram-se rigorosamente alinhados à meta, variando entre 40 e 41 consultas por mês. No acumulado desse período (Jul-Dez), foram realizados 247 atendimentos. A média anual consolidou-se em 60 consultas/mês.




5.1.8 Consulta Odontológica Bucomaxilofacial

Imagem 59. Consultas Bucomaxilofacial.



Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
60	43	66	68	46	41	79	360	343	4,7%

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
40	60	63	60	45	50	46	240	324	35%

Tabela 12. Número de atendimentos Bucomaxilofacial.

Análise: O desempenho da especialidade Bucomaxilofacial entre 2024 e 2025 reflete uma transição de um cenário de limitações técnicas para um período de estabilização e superação das metas pactuadas.

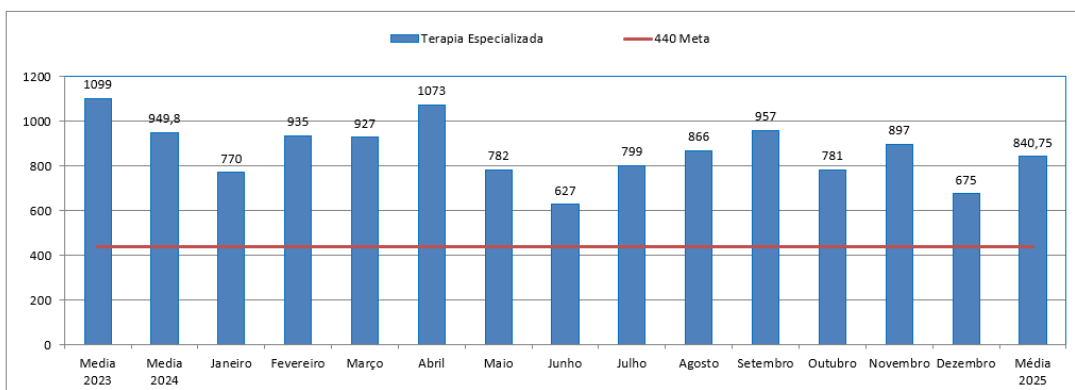
Em 2025, o cenário apresentou melhora significativa mesmo diante da mudança de parâmetros contratuais. No primeiro semestre, mantendo a meta de 60 procedimentos, a unidade realizou 343 atendimentos, reduzindo o déficit para apenas 4,7% em relação ao previsto. A partir de julho de 2025, a meta foi readequada para 40 procedimentos mensais. Sob este novo patamar, a especialidade demonstrou uma performance robusta e consistente, superando a meta em todos os meses subsequentes: julho (60), agosto (63), setembro (60), outubro (45), novembro (50) e dezembro (46).

No acumulado de julho a dezembro de 2025, foram realizados 324 procedimentos, superando amplamente a previsão de 200 para o período. Com uma média anual consolidada de 59 atendimentos.

5.1.9 Terapias Especializadas

Imagem 60. Terapias Especializadas.

Título: Terapia Especializada de Janeiro a Dezembro de 2025.



Fonte: Supervisão Administrativa – Data: 05/01/2026 – Responsável: Thiago Cruvinel e Barbara – Tipo de Indicador: Indicadores de Desempenho.

Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total Realizado		
													Previsto	Realizado	Δ%
440	770	935	927	1073	782	627	799	866	957	781	897	675	5.280	7736	46%

Tabela 13. Número de atendimentos Terapias Especializadas

Análise: A análise das Terapias Especializadas realizadas no período de janeiro a dezembro de 2025 confirma a manutenção de um desempenho altamente produtivo e consistente na unidade. Com uma meta contratual estabelecida em 440 sessões mensais, a equipe multidisciplinar demonstrou uma capacidade operacional significativamente superior ao pactuado em todos os meses avaliados.

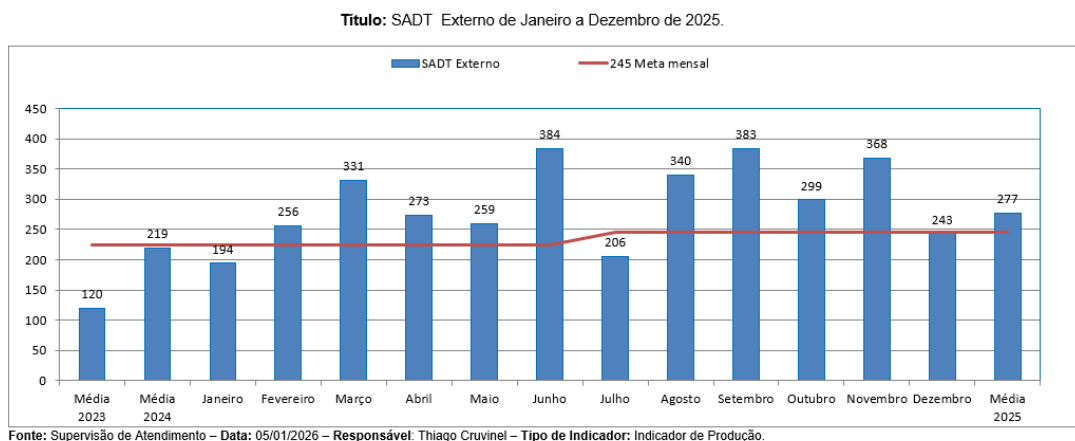
No acumulado do ano, foram realizados 7.731 atendimentos, o que representa um excedente de 46% em relação ao volume previsto de 5.280 sessões para o período. A média mensal de 2025 fixou-se em 855,82 atendimentos, evidenciando a robustez dos processos de reabilitação e cuidado integrado.

O fluxo de produção apresentou picos notáveis, como observado no mês de abril, que registrou o maior volume do ano com 1.073 sessões, seguido por setembro, com 957 atendimentos. Mesmo nos meses de menor volume, como junho (627), a produção permaneceu substancialmente acima da meta mínima de 440.

Esse resultado reflete a sinergia entre as diversas áreas da equipe — incluindo fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e terapia ocupacional — garantindo uma assistência abrangente tanto para pacientes ambulatoriais quanto para os internados. A regularidade dos números acima da meta sugere uma gestão eficiente da agenda multidisciplinar e uma alta resolutividade nas terapias oferecidas, consolidando a especialidade como um dos pilares de produtividade da instituição em 2025.

5.1.10 SADT EXTERNO

Imagem 61. SADT Externo.



Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
225	194	256	331	273	259	384	1350	1697	25%

Tabela 14. Número Gerais do SADT.

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total Realizado		
							Previsto	Realizado	Δ%
245	206	304	383	299	368	243	1470	1803	22%

[Assinatura]

[Assinatura]

Atendimento	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Ultrassonografia	100	114	145	214	178	156	162
Ultrassonografia com Doppler	50	18	52	29	30	46	127
Ecocardiograma Transtorácico	50	44	42	70	50	41	74
Ecocardiograma de Estresse	25	18	17	18	15	16	21
Total	225	194	256	331	273	259	384

Atendimento	Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Ultrassonografia	70	63	105	154	115	142	78
Ecodoppler Vascular	50	-	45	59	114	85	22
Ecocardiograma Transtorácico	100	55	76	53	46	122	99
Ecocardiograma de Estresse	25	22	20	15	24	19	44
Total	245	206	340	383	299	368	243

Tabela 15. Números de atendimentos SADT Externo – Por tipo.

Análise: O ano de 2025 representa um marco de maturação e mudança de perfil operacional para o CEAP-SOL. Diferente do exercício anterior, a instituição passou por uma atualização em sua linha contratual, refletida no aumento escalonado das metas mensais: o objetivo que era de 225 exames no primeiro semestre foi elevado para 245 exames mensais a partir de julho. Os dados mostram que a unidade não apenas acompanhou esse crescimento, mas estabeleceu um novo patamar de produtividade, encerrando o período de




janeiro a novembro com uma média de 279 exames realizados, superando consistentemente a nova meta estabelecida.

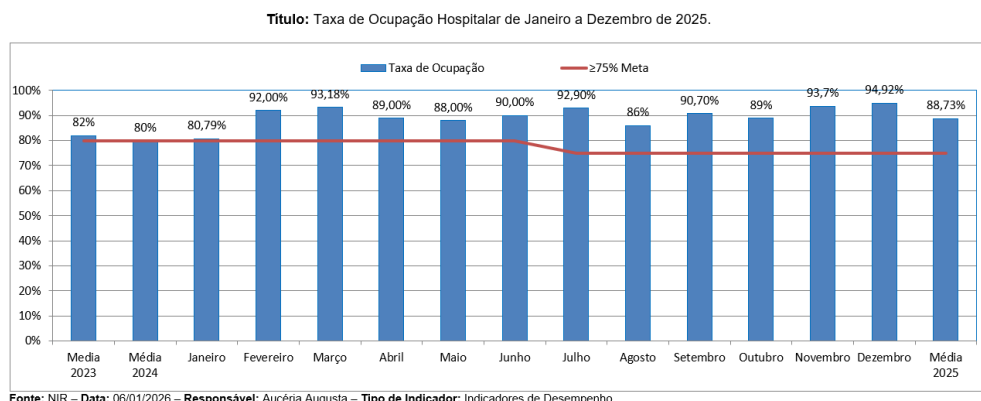
Ao analisarmos o volume total do primeiro semestre, o desempenho foi excepcional. Com uma previsão de 1.350 exames, a unidade entregou 1.697, o que representa um superávit de 25%. Esse resultado global é impulsionado principalmente pela consolidação da Ultrassonografia e pelo crescimento expressivo da Ultrassonografia com Doppler.

O Ecocardiograma de Estresse mantém-se como o ponto de maior atenção no painel de indicadores. Com uma meta fixada em 25 exames, a unidade tem entregado volumes que oscilam entre 15 e 21 procedimentos mensais. Essa quantidade persistentemente baixa em relação à meta sugere que, apesar da capacidade técnica instalada, o fluxo de regulação ou o perfil dos pacientes encaminhados não tem sido suficiente para preencher a grade disponível. Enquanto o Ecocardiograma Transtorácico já opera com folga acima da meta (atingindo 74 exames em junho para uma meta de 50), o exame de estresse demanda uma revisão estratégica.

5.2. INDICADORES QUALITATIVOS DE DESEMPENHO

5.2.1. Taxa de Ocupação

Figura 62. Taxa percentual de ocupação mensal da internação





Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Média
≥80%	80,79%	92%	93,18%	89%	88%	90%	88,83%

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
≥75%	92,90%	86%	90,70%	89%	93,7%	94,92%	91,20%

Tabela 16. Taxa percentual de ocupação mensal da internação com cálculo de média anual.

Análise: A Taxa de Ocupação Hospitalar do CEAP-SOL no ano de 2025 apresentou um desempenho robusto, mantendo-se consistentemente acima das metas estabelecidas. Este indicador está intrinsecamente ligado ao perfil da Unidade de Internação, que atende pacientes com necessidades de isolamento por precauções de contato ou respiratórias. No início do ano, a meta contratual era de 80%, e a gestão dos leitos passou a ser realizada integralmente pela Regulação Estadual a partir de fevereiro, devido ao aumento expressivo de casos de dengue no Estado de Goiás.

No primeiro semestre, a unidade alcançou uma média de ocupação de 88,83%. O ano iniciou em janeiro com 80,79%, subindo drasticamente para 92% em fevereiro e 93,18% em março. Esse aumento foi impulsionado principalmente pelas admissões por dengue, que, por possuírem um período de internação curto, favoreceram um alto giro de leitos. Em abril e maio, as taxas permaneceram elevadas, ainda sob forte influência dos casos de dengue, que representaram a maioria das hospitalizações no período. Junho registrou 90% de ocupação, começando a apresentar uma mudança no perfil com a entrada de casos de osteomielite, que exigem internações mais longas.

A partir de 24 de junho de 2025, um novo Termo Aditivo alterou a meta contratual para 75%. Essa revisão foi estratégica para adequar a unidade ao perfil de longa permanência e às frequentes pendências sociais que dificultam a desospitalização. Sob essa nova diretriz, o segundo semestre manteve uma média de 89,65% até outubro. Julho apresentou 92,90% de ocupação, refletindo o seguimento de casos complexos e esforços de desospitalização.

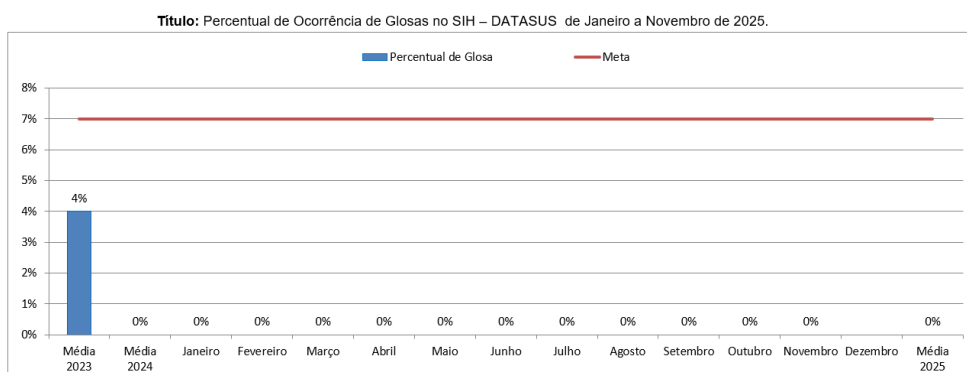



Em agosto, houve uma redução para 86%, com o atendimento focado em patologias como osteomielite, hanseníase e PVHIV/Aids. Setembro e outubro mantiveram a estabilidade com 90,70% e 89%, respectivamente.

Informamos que o sistema MV apresentou instabilidade de dados nos meses de novembro e dezembro. Diante dessa ocorrência, foram abertos tickets junto ao suporte técnico para análise e reparo, e estamos aguardando a devida retificação. Dessa forma, os números referentes aos meses de novembro e dezembro estão sujeitos a correções após a normalização do sistema.

5.2.2 Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)

Figura 63. Ocorrências de Glosas SIH.



Fonte: Supervisão Administrativa – **Data:** 05/01/2025 – **Responsável:** Moises Caribe – **Tipo de Indicador:** Indicadores de Desempenho.

Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
≤ 7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		0%

Tabela 17. Ocorrências de glosas.

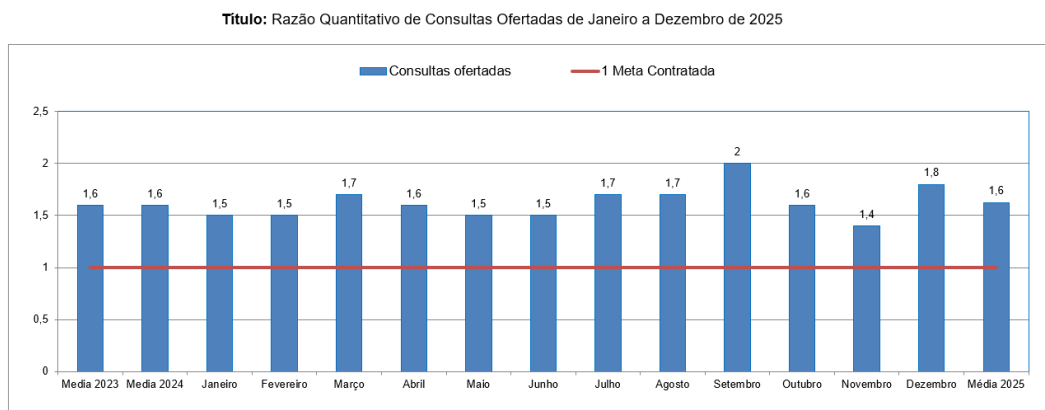
Análise: Em 2025, o CEAP-SOL consolidou a trajetória de excelência iniciada nos anos anteriores, mantendo a ausência de glosas nas contas apresentadas à Secretaria de Estado da Saúde (SES). A série histórica de 2025 reafirma a maturidade dos processos internos, mantendo o índice de 100% de efetividade nas contas hospitalares.

Um fator determinante para o sucesso deste ano foi a adaptação ágil às atualizações contratuais e às mudanças de fluxo da Regulação Estadual. Mesmo com a transição de perfil assistencial e o aumento do giro de leitos observado no primeiro semestre, o setor de faturamento garantiu que todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) e produções ambulatoriais fossem entregues dentro dos prazos regulamentares e em total conformidade com as exigências da SES.

A Taxa de Ocorrência de Glosa foi possível de ser finalizada apenas até o mês de novembro, uma vez que se trata de um indicador cujo fluxo depende diretamente do setor de Fiscalização. Ressalta-se que, por característica desse processo, os dados dessa meta apresentam, de forma recorrente, um atraso médio de aproximadamente dois meses para consolidação e fechamento das informações.

5.2.3. Razão Quantitativo de Consultas Ofertadas

Figura 64. Consultas Ofertadas



Fonte: Supervisão de Atendimento – **Data:** 05/01/2026 – **Responsável:** Thiago Cruvinel – **Tipo de Indicador:** Indicador de Desempenho Produção.

Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
1	1,5	1,5	1,7	1,6	1,5	1,5	1,7	1,7	2	1,6	1,4	1,8	1,6

Tabela 18. Quantitativo de Consultas Ofertadas.

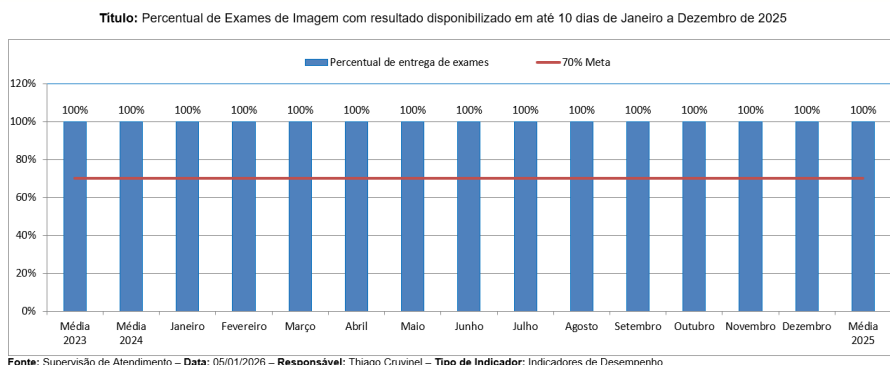
Análise: A razão quantitativa de consultas ofertadas manteve desempenho consistente e acima da meta contratada ao longo do período analisado, com média anual aproximada de 1,6, o que indica que foram ofertadas cerca de 60% mais consultas do que o quantitativo originalmente pactuado nas metas mensais da unidade.

Observa-se relativa estabilidade nos primeiros meses do ano, com índices variando entre 1,5 e 1,7, evidenciando um padrão contínuo de sobreoferta planejada para mitigar os efeitos da perda primária. Nos meses de julho e agosto, o indicador voltou a alcançar 1,7, reforçando a estratégia de ampliação da oferta em períodos de maior demanda. O destaque do ano foi o mês de setembro, que apresentou razão 2,0, refletindo um aumento significativo na oferta de consultas, possivelmente associado a ações pontuais de reorganização da agenda, mutirões ou intensificação do acompanhamento da regulação.

Nos meses finais analisados, houve discreta redução em novembro, ainda assim mantendo-se acima da meta mínima estabelecida (1,0), o que confirma que, mesmo com oscilações, a unidade seguiu ofertando consultas em volume superior ao contratado. De forma geral, os dados de 2025 indicam a consolidação das estratégias adotadas nos anos anteriores, com foco na redução da perda primária, no melhor aproveitamento das vagas reguladas pela SES e na ampliação do acesso para pacientes oriundos do interior e da região metropolitana de Goiás.

5.2.4. Percentual de Exames de imagem com resultados disponibilizado em até 10 dias

Figura 65. Resultados de exames disponibilizados em até 10 dias.





Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
≥70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabela 19. Quantitativo Resultados de exames disponibilizados em até 10 dias.

Análise: O indicador referente ao percentual de exames de imagem com resultados disponibilizados em até 10 dias apresentou desempenho excelente e consistente ao longo do período avaliado. Todos os meses registraram 100% de entrega dos resultados dentro do prazo, superando de forma contínua a meta contratual mínima de ≥70%, o que resultou em média anual de 100%.

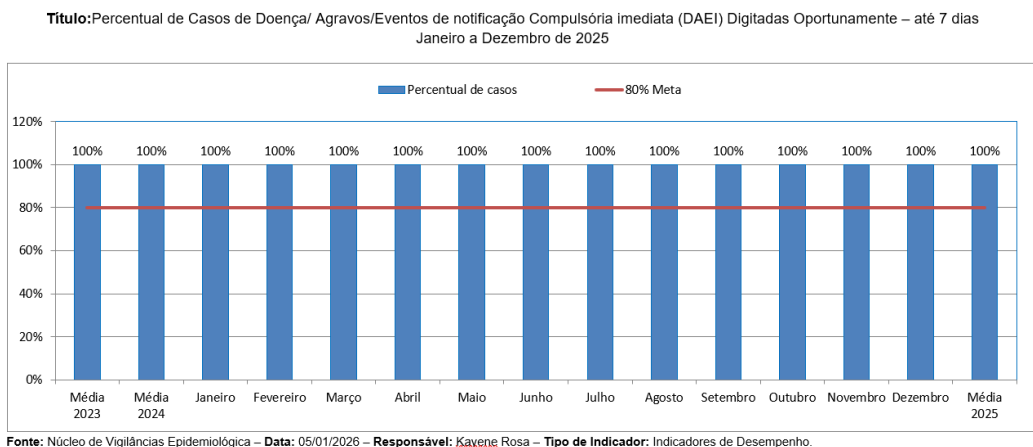
A manutenção desse desempenho está diretamente associada à padronização dos fluxos internos, ao aperfeiçoamento da gestão logística, à melhor organização do processo de agendamento e laudo, bem como à continuidade da integração com o GERCON, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES). O uso do QR-Code nos laudos, já incorporado à rotina da unidade, permaneceu como ferramenta estratégica para facilitar o acesso aos resultados, garantindo maior transparência, agilidade e comodidade aos pacientes.

Além disso, o controle efetivo da demanda e o alinhamento entre equipe técnica, administrativa e gestão contribuíram para que a unidade mantivesse a entrega dos laudos dentro do prazo pactuado, mesmo diante das especificidades dos exames realizados, como ecocardiogramas e ultrassonografias com Doppler.




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

Figura 66. Notificação Compulsório – Até 7 dias.



Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
≥80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabela 20. Quantitativo notificação de compulsório.

Análise: Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias. No caso do CEAP-SOL, a unidade se destaca no atendimento a doenças infecciosas e dermatológicas, sendo referência no cuidado de pacientes com doenças infecciosas e dermatológicas. No entanto, apesar de sua especialização e experiência no atendimento dessas condições, o CEAP-SOL enfrenta desafios significativos relacionados à implementação de programas de notificação e apoio com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. A principal dificuldade está na falta de uma estratégia coordenada de notificação municipal, que poderia ajudar a melhorar a fluidez e a eficácia no processo de registro e envio de notificações.

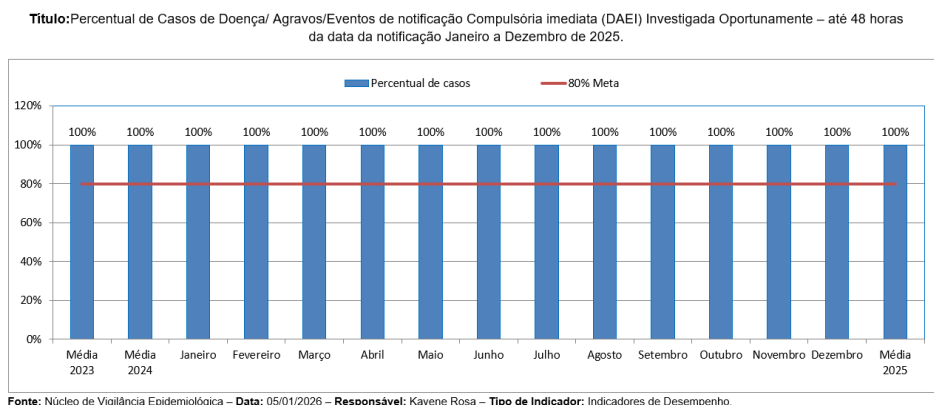
Apesar dessa limitação, todas as notificações no CEAP-SOL são realizadas manualmente, e sempre que o sistema de informações de saúde está acessível, os dados são digitados e enviados dentro do prazo estipulado, ou seja, em até 7 dias. As principais doenças notificadas incluem hepatite,

HIV/Aids, sífilis, tuberculose e infecção latente, que são condições de alta prevalência na unidade. Mesmo com as dificuldades de integração com os sistemas municipais, o CEAP-SOL mantém o compromisso com a notificação oportuna, garantindo que todos os casos sejam devidamente registrados e acompanhados.

Após a notificação, as informações são sinalizadas via e-mail para a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO) e para os municípios de origem dos pacientes. Essa prática visa garantir que a rede de saúde pública receba as informações no tempo adequado, permitindo a monitoração de surtos e a tomada de decisões rápidas. Apesar de não ser o ideal, o processo manual de notificação tem sido um esforço contínuo da unidade para assegurar que a saúde pública seja devidamente informada sobre os casos atendidos, contribuindo para o controle das doenças infectocontagiosas na região

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

Figura 67. Notificação Compulsório – Até 48 horas notificação.



Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
≥80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabela 21. Notificações de agravos.




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

No CEAP-SOL, todos os protocolos de atendimento e investigação seguem os padrões rigorosos do Ministério da Saúde, com atualizações constantes conforme as orientações do CIEVS (Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde) e as formas de coleta padronizadas pelo LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública). Esses protocolos são essenciais para garantir que a investigação dos casos notificados seja feita de maneira adequada e eficiente, respeitando as normas de vigilância epidemiológica e as melhores práticas de controle de doenças infectocontagiosas.

É relevante destacar que a unidade alcançou uma média de 100% no cumprimento dessa meta, garantindo que todos os casos de doenças de notificação compulsória imediata foram investigados dentro do prazo estipulado de 48 horas. A agilidade na investigação não apenas garante o controle mais rápido dos casos, mas também contribui para a prevenção de surtos e facilita a tomada de decisões rápidas pelas autoridades de saúde.

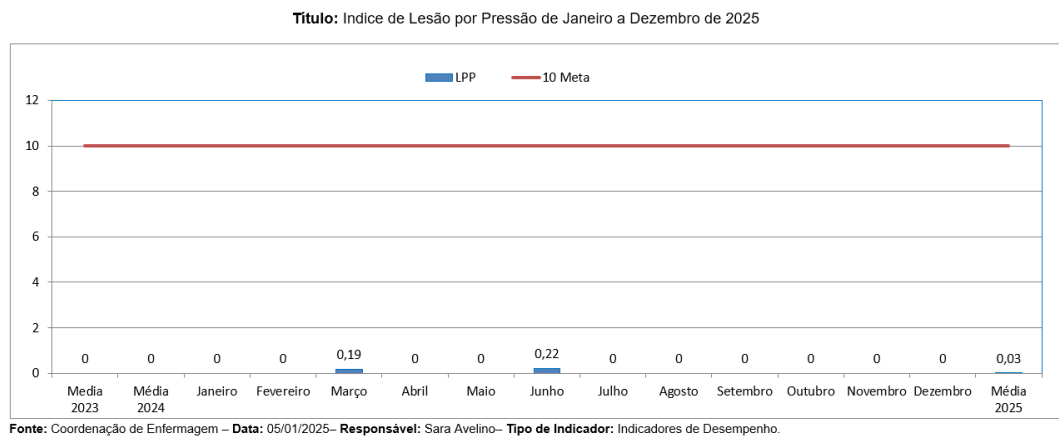
A notificação e investigação oportunas são fundamentais para o monitoramento das condições de saúde pública, e o CEAP-SOL tem se destacado nesse aspecto, mostrando comprometimento com a qualidade do atendimento e com a segurança da população. Esse desempenho reflete a capacidade da unidade em detectar rapidamente problemas de saúde que exigem atenção imediata, e a eficiência na implementação de ações corretivas que asseguram o controle das doenças e a proteção da comunidade.



5.2.7.

Percentual Incidência de Lesão por Pressão – LPP

Figura 68. Índice mensal de pacientes com LPP



Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
< 10	0	0	0,19	0	0	0,22	0	0	0	0	0	0	0,03

Tabela 22. Índice mensal de pacientes com LPP com cálculo de média anual.

Análise: Em 2025, o Índice de Lesão por Pressão (LPP) no CEAP-SOL apresentou desempenho altamente satisfatório, mantendo-se amplamente abaixo do limite máximo estabelecido (<10%) ao longo de todo o período avaliado (janeiro a dezembro). A média anual registrada foi de aproximadamente 0,03, evidenciando incidência extremamente baixa de novos casos e reforçando a efetividade das ações preventivas adotadas pela unidade.

Observa-se que, na maior parte dos meses, não houve registro de novos casos de LPP, com ocorrências pontuais e de baixa magnitude apenas em março e junho. Mesmo nesses períodos, os valores permaneceram muito inferiores ao parâmetro contratual, não configurando impacto significativo no desempenho global do indicador.

O resultado positivo de 2025 reflete a continuidade e consolidação das estratégias preventivas já implementadas nos anos anteriores, com destaque para a aplicação sistemática da Escala de Braden, o monitoramento contínuo dos pacientes em maior risco, especialmente aqueles em Atenção Prolongada

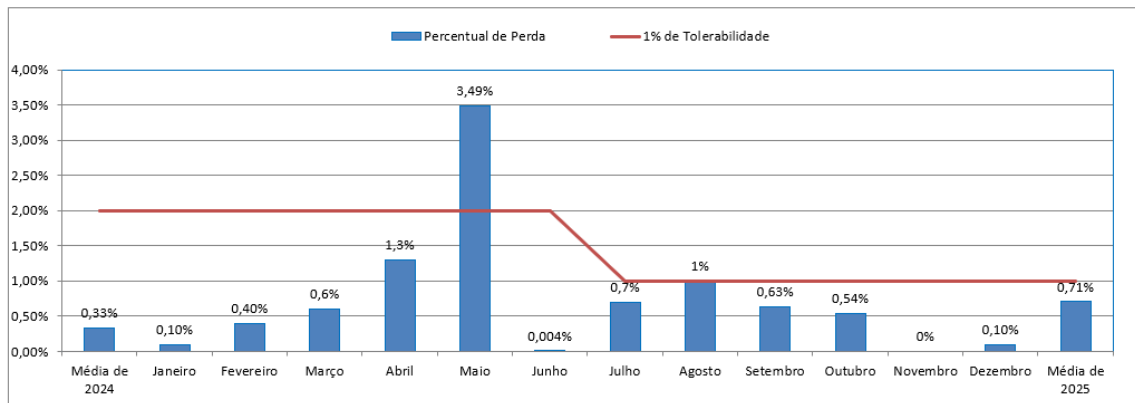
e Cuidados Paliativos, e a atuação integrada da equipe multiprofissional. Medidas como a adequação nutricional, o uso de superfícies especiais de apoio (como colchões tipo caixa de ovo), a mobilização assistida, os exercícios para estímulo da circulação e a terapia medicamentosa apropriada mantiveram-se como pilares do cuidado.

Além disso, a educação permanente da equipe de enfermagem e dos demais profissionais assistenciais contribuiu para a padronização das boas práticas de prevenção de LPP, fortalecendo a cultura de segurança do paciente na unidade. A vigilância ativa e o registro adequado dos casos permitiram intervenções precoces, evitando a progressão de lesões e a ocorrência de novos episódios.

5.2.8. Percentual de perda financeira por vencimento de medicamento

Figura 69. Índice de avaliação farmacêutica quanto à prazo de validade.

Título: Percentual de perda financeira por vencimento de medicamento de Janeiro a Dezembro de 2025.



Fonte: Supervisão da Farmácia – Data: 05/01/2026 – Responsável: Luanda Cristina S. Novais – Tipo de Indicador: Indicadores de Desempenho.

Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
2%	0,10%	0,40%	0,6%	1,3%	3,49%	0,004%	0,7%	1%	0,63%	0,54%	0%	0,1%	0,76%

Tabela 23. Índice de avaliação farmacêutica quanto à gravidade com cálculo de média anual.

Análise: Em 2025, o indicador referente ao percentual de perda financeira por vencimento de medicamentos foi monitorado de forma sistemática pela

[Assinatura]

[Assinatura]

Farmácia Hospitalar do CEAP-SOL, mantendo alinhamento com a meta de tolerabilidade estabelecida em contrato ($\leq 1\%$). Ao longo do período analisado, observa-se que a maior parte dos meses apresentou percentuais inferiores ao limite pactuado, resultando em média anual aproximada de 0,76%, valor considerado satisfatório e dentro do padrão esperado.

Nos primeiros meses do ano, os índices permaneceram baixos, com perdas financeiras reduzidas e controladas, refletindo a efetividade das rotinas de acompanhamento de estoque, validade e consumo. Contudo, no mês de maio, foi registrado um pico pontual de 3,49%, ultrapassando a linha de tolerabilidade. Esse aumento associado a fatores como ajustes no perfil de consumo.

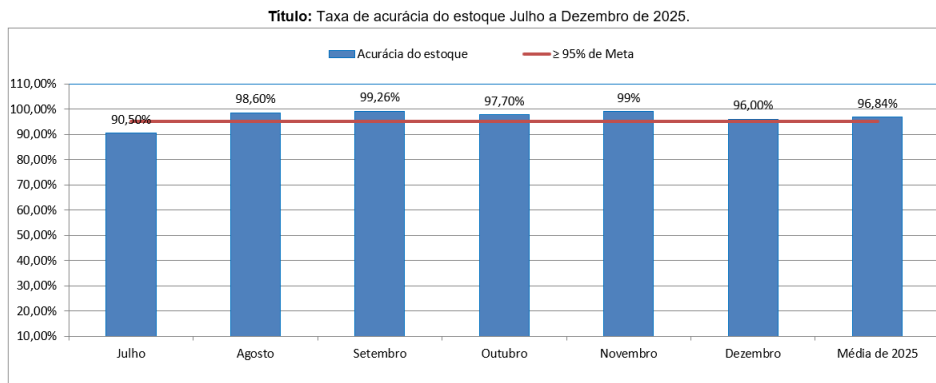
A partir de junho, observa-se retomada do controle do indicador, com redução expressiva dos percentuais de perda e manutenção dos valores dentro do limite contratual na maior parte dos meses subsequentes. Esse comportamento demonstra a capacidade de resposta da equipe farmacêutica, que atua de forma contínua na identificação de medicamentos críticos, na revisão dos processos de armazenamento, dispensação e planejamento de compras, bem como na redistribuição interna de estoques quando necessário.

Em 2025, a assistência farmacêutica manteve funcionamento ininterrupto (24 horas), com monitoramento diário dos medicamentos, utilização de planilhas de controle e acompanhamento rigoroso das datas de validade. A análise clínica dos medicamentos, aliada às ações de farmacovigilância e à discussão dos casos com a equipe multiprofissional, contribuiu para decisões mais seguras e racionais, evitando desperdícios e fortalecendo a gestão eficiente dos recursos.



5.2.8. Taxa de acurácia do estoque

Figura 70. Taxa de Acurácia de estoque.



Fonte: Supervisão da Farmácia – **Data:** 05/01/2026 – **Responsável:** Luanda Cristina S. Novais – **Tipo de Indicador:** Indicadores de Desempenho.

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
≤95%	90,50%	98,60%	99,26%	97,70%	99%	96%	96,84%

Tabela 24. Taxa de Acurácia.

Análise: O ano de 2025 iniciou com desafios pontuais, especialmente em abril, quando o índice ficou abaixo do esperado, arrastando a média parcial para 91% – um reflexo comum de fatores operacionais como alta rotatividade de estoque, erros

de conferência manual ou sobrecarga de equipe durante picos de demanda hospitalar. No entanto, a partir dos ciclos subsequentes de melhorias – incluindo treinamentos padronizados, uso de planilhas de conferência dupla e monitoramento semanal dos itens de maior divergência –, houve ganhos expressivos, com dezembro registrando acurácia exemplar próxima ou acima de 98%, impulsionada por processos mais ágeis e automação parcial no sistema de gestão de estoques (como o GSS). Essa trajetória não só recuperou o indicador, mas o elevou

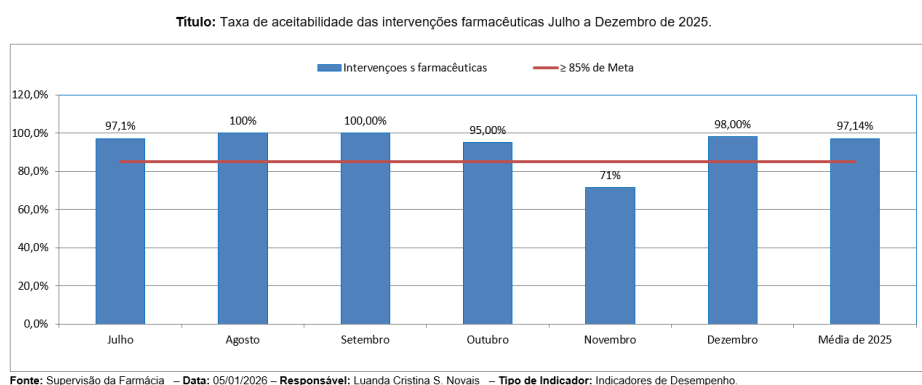
consistentemente, evidenciando o impacto positivo das ações corretivas implementadas pela equipe de farmácia.




Para 2026, recomenda-se manter o momentum com projetos como inventários mensais nos top 10 divergentes, capacitação anual em 5W2H para técnicos e farmacêuticos, e integração de ferramentas digitais para auditorias em tempo real, garantindo acurácia sustentada acima de 97% e alinhamento com as boas práticas de gestão farmacêutica hospitalar.

5.2.9. Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas

Figura 71. Taxa de aceitabilidade farmacêutica.



Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
≤85%	97,1%	100%	100%	95%	71%	98%	97,14%

Tabela 25. Taxa de Aceitabilidade.

Análise: A análise crítica do indicador nas intervenções farmacêuticas do Hospital CEAPSOL revela excelente desempenho, com taxas superiores a 95%, posicionando-se acima das expectativas médias institucionais. Esse resultado reflete a eficácia da colaboração entre a equipe farmacêutica e os prescritores, demonstrando reconhecimento da assertividade das intervenções e alinhamento multidisciplinar na promoção da segurança medicamentosa. Apesar dos avanços, identificaram-se pontos críticos para aprimoramento contínuo, como falta de diluentes para administração, erros de aprazamento e prescrições duplicadas. Esses desvios sinalizam a necessidade de treinamentos direcionados a prescritores e enfermagem, além de otimização de processos na dispensação para mitigar riscos ao paciente. O aumento no quadro de produtos farmacêuticos e a integração multidisciplinar foram




determinantes para essa cobertura ampliada e intervenções mais precisas, consolidando a qualidade assistencial.

Para 2026, projetar-se a manutenção desse patamar excelente por meio de melhoria contínua, com ações como: treinamentos bimestrais em prescrição segura; auditórios semanais de aprazamentos via sistema MV; e reuniões multidisciplinares quinzenais para análise de recusas, ampliando o modelo colaborativo em benefício do paciente.

6. EXECUÇÃO DE PROGRAMAS DE TRABALHOS PARA O CUMPRIMENTO DA META CONTRATUAL (P2)

- Plano de redução de absenteísmo ambulatorial (ligações e mensagens antes da consulta para confirmação) e busca ativa daqueles que apresentaram ausência mesmo após confirmações;
- Plano de alcance das metas ambulatoriais (ações que aumentaram os números ambulatoriais): como triagem e acompanhamento dos pacientes com alta hospitalar do CEAP-SOL, com direcionamento a consultas não médicas;
- Agendamento de consultas Ambulatoriais não-médicas e médicas em estratégia de “rodízio” nas modalidades de atendimento oferecidas;
- Parceria com HDT para encaminhar pacientes (regulados) para a unidade Hospitalar do CEAP-SOL, para continuidade de terapias medicamentosas e de reabilitação Físico-motora;
- Parceiras com as prefeituras para envio de pacientes para a casa de apoio através do Serviço Social;
- Divulgação no ambulatório médico do HDT sobre as consultas não médicas do CEAP-SOL;
- Divulgação do atendimento nas prefeituras do interior de Goiás por meio virtual e ligações.



7. INDICADORES DE GESTÃO (P3)

7.1. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO (NPS)

O NPS (Net Promoter Score) é uma métrica que avalia a lealdade dos usuários da unidade. Ele mede a probabilidade de um paciente/usuário recomendar a instituição para outras pessoas.

Atendendo a Cláusula Quinta, item XVI letra “o” do TTG 003/2013, o ISG implantou o Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, com o objetivo de aplicar a Pesquisa de Satisfação, que é uma das ferramentas de gestão mais eficazes para mensurar o grau de satisfação dos usuários.

Como funciona?

É feita uma simples pergunta aos usuários por meio do formulário impresso ou online da PSAU: "Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria o CEAP-SOL para seus familiares e amigos?".

Com base nas respostas, os usuários são classificados em três categorias:

- **Promotores (notas 9 e 10):** São usuários leais e entusiastas, que provavelmente farão propaganda boca a boca positiva.
- **Neutros (notas 7 e 8):** Estão satisfeitos, mas não são necessariamente leais.
- **Detratores (notas de 0 a 6):** São usuários insatisfeitos, que podem prejudicar a reputação da unidade com comentários negativos.

Calculando o NPS:

O NPS é calculado subtraindo a porcentagem de Detratores da porcentagem de Promotores. Os Neutros são excluídos do cálculo.

Fórmula:

$$\text{NPS} = \% \text{ Promotores} - \% \text{ Detratores}$$



Exemplo: Imagine que você coletou 100 respostas:

- Promotores: 60
- Neutros: 20
- Detratores: 20

Cálculo:

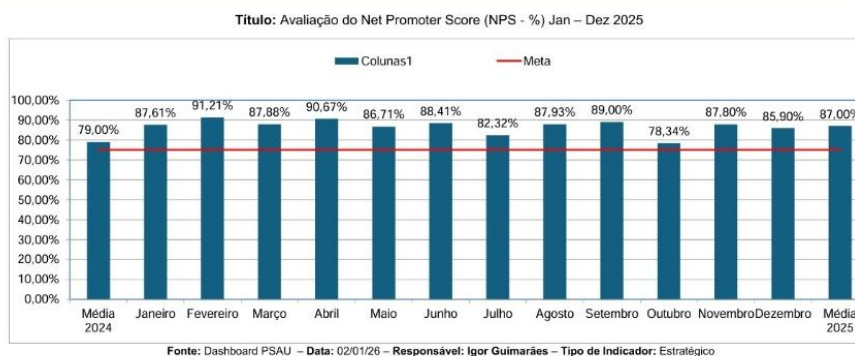
- % Promotores: $(60/100) * 100 = 60\%$
- % Detratores: $(20/100) * 100 = 20\%$
- NPS = $60\% - 20\% = 40$

Por que excluir os neutros?

- A ideia central do NPS é focar nos usuários que realmente podem determinar a efetividade da satisfação ou não do serviço recebido pelo CEAP-SOL, ou seja, Promotores e Detratores. Os Neutros, por sua vez, representam um grupo menos engajado e com menor impacto na reputação da unidade.

Taxa de Net Promoter Score (NPS) de janeiro a dezembro/2025:

Figura 72. Índice de NPS registra do em 2025 no CEAP-SOL



Análise: A análise clínica do Net Promoter Score (NPS) em 2025 evidencia uma evolução significativa e sustentada da satisfação dos usuários do CEAP-SOL, especialmente quando comparada ao desempenho observado em 2024. Após um período de retração no ano anterior, em que o NPS reduziu de 80% para 78,58%, o ano de 2025 apresentou uma inversão clara dessa tendência, alcançando até agosto uma média de 88%, valor expressivamente superior à




meta projetada no planejamento anual (83,62%) e consistentemente acima da meta mínima institucional de 75%.

Ao longo do ano, observa-se estabilidade em patamares elevados, com oscilações pontuais, o que indica amadurecimento dos processos assistenciais, administrativos e de escuta qualificada do usuário. Os primeiros meses do ano já sinalizaram esse movimento positivo, com janeiro iniciando com NPS de 87,61%, sustentado por alto volume de manifestações e predominância de elogios, refletindo melhora perceptível na experiência do usuário quando comparado ao mesmo período de 2024. Fevereiro consolidou esse avanço ao atingir 91,21%, um dos melhores resultados desde a reestruturação da Ouvidoria, demonstrando impacto direto da abordagem ativa, da ampliação da coleta de formulários e da atuação mais resolutiva frente às demandas apresentadas.

Nos meses subsequentes, embora tenham ocorrido pequenas variações — como a leve redução observada em março e julho — o indicador manteve-se dentro de um intervalo considerado seguro e satisfatório, sem comprometer a média anual. As oscilações observadas mostraram-se associadas, principalmente, a fatores estruturais recorrentes, como limitações prediais e dependência de investimentos externos, especialmente da SES-GO, e não a falhas assistenciais diretas. Ainda assim, a predominância contínua de elogios e o baixo percentual de reclamações (em média entre 2% e 4%) reforçam a percepção positiva da qualidade do cuidado, do acolhimento e da atuação multiprofissional.

A partir de agosto e setembro, observa-se nova tendência de crescimento do NPS, associada tanto ao fortalecimento das ações de relacionamento com os usuários quanto à concretização de melhorias estruturais relevantes, como a instalação de novos equipamentos de climatização em setores estratégicos. Essas intervenções demonstraram impacto direto na experiência do paciente, especialmente em ambientes de permanência prolongada, como a Reabilitação, refletindo-se no aumento do índice e na redução das reclamações.



Em outubro, apesar de o NPS permanecer acima da meta mínima (78,34%), foi registrada uma queda mais acentuada, relacionada principalmente ao tempo de espera no ambulatório, com queixas concentradas em especialidades específicas. Esse resultado evidencia a sensibilidade do indicador a aspectos operacionais e reforça a importância do monitoramento contínuo dos fluxos assistenciais, do alinhamento entre recepção e setores clínicos e da adoção de ações corretivas imediatas, já em articulação com a gestão.

O mês de novembro marcou o início da exclusividade da PSAU da SES. Por orientação da Secretaria de Estado, a PSAU anteriormente gerida diretamente pelo CEAP-SOL, foi substituída pelo novo padrão oriundo da SES-GO. Inicialmente foram disponibilizadas às unidades estaduais, QR Code de pesquisa para cada uma delas. Ao avaliarmos o conteúdo da nova versão proposta, percebeu-se que a pesquisa continha mais perguntas e campos para interação do que a anterior, gerida diretamente pelo CEAP-SOL. Tal fato gerou preocupação por atingir diretamente a capacidade produtiva mensal, podendo gerar uma queda acentuada no quantitativo produzido de pesquisas por mês tendo em vista que poderia culminar com maior dificuldade aos usuários que passariam a ter que responder mais perguntas.

No entanto, ao avaliarmos o resultado fechado do mês, percebeu-se uma melhora no valor do NPS registrado em comparação ao mês anterior. A avaliação dá o entendimento de que o setor de Ouvidoria conseguiu, mesmo com a nova pesquisa aplicada, receber os cidadãos com a continuidade dos serviços e avaliando o seu grau de satisfação mediante as 'entregas' da unidade como positivos.

O ano de 2025 encerra-se com média anual de satisfação geral em torno de 87%, resultado que evidencia a consistência do desempenho do CEAP-SOL no que se refere à experiência do usuário ao longo do período. No recorte específico do mês de dezembro, o indicador de NPS alcançou 85,9%, valor ligeiramente inferior à média anual, o que orienta uma análise mais aprofundada dos fatores que influenciaram a percepção dos usuários nesse mês.



A avaliação do *dashboard* de acompanhamento do PSAU aponta que os principais elementos associados à insatisfação em dezembro concentram-se, sobretudo, nos fluxos ambulatoriais, com destaque para o tempo prolongado de espera na recepção, que apresentou índice de insatisfação de 21,7%, e para o atendimento ambulatorial farmacêutico, com 16,7% de insatisfação. Esses dados sinalizam fragilidades operacionais relacionadas ao acesso e à dinâmica de atendimento, indicando oportunidades de ajuste nos processos, organização de fluxos e gestão da demanda, com potencial impacto direto na qualificação da experiência do usuário.

Em contrapartida, o mesmo período revela importantes pontos de fortalecimento da satisfação, notadamente nas equipes assistenciais. As áreas de odontologia e fisioterapia apresentaram, respectivamente, NPS de 69,2% e 66,7%, demonstrando elevado reconhecimento dos usuários quanto à qualidade técnica, ao acolhimento e à resolutividade dos atendimentos prestados. Esses resultados reforçam práticas assistenciais bem consolidadas na unidade, que podem servir de referência para o aprimoramento de outros pontos da jornada do paciente.

7.1.1 CEAP-SOL de Portas abertas

O CEAP-SOL de Portas Abertas é uma iniciativa do CEAP-SOL, que abre suas portas periodicamente para oferecer à comunidade serviços de saúde gratuitos. Ao longo de 2025 foram realizadas quatro edições, trimestralmente (março, junho, setembro e dezembro).

Durante a ação, a população pode acessar gratuitamente, sem necessidade de agendamento ou encaminhamento prévio, serviços como testagem para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), aferição de pressão arterial e teste de glicemia.

Já os atendimentos em nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e orientações com o serviço social, assim como os exames de imagem (ultrassonografia, ultrassonografia com Doppler e ecocardiograma) e as consultas médicas em dermatologia e reumatologia, são ofertados apenas



mediante regulação pelo Complexo Regulador da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO).

O programa alcançou no ano de 2025 a marca de quase 2 mil atendimentos entre consultas, exames e avaliações multiprofissionais, além da coleta de 47 bolsas de sangue em parceria com o Hemocentro, na edição de dezembro. Para 2026 outras 04 edições estão confirmadas.

Figura 73. Ceap-sol de Portas Abertas.

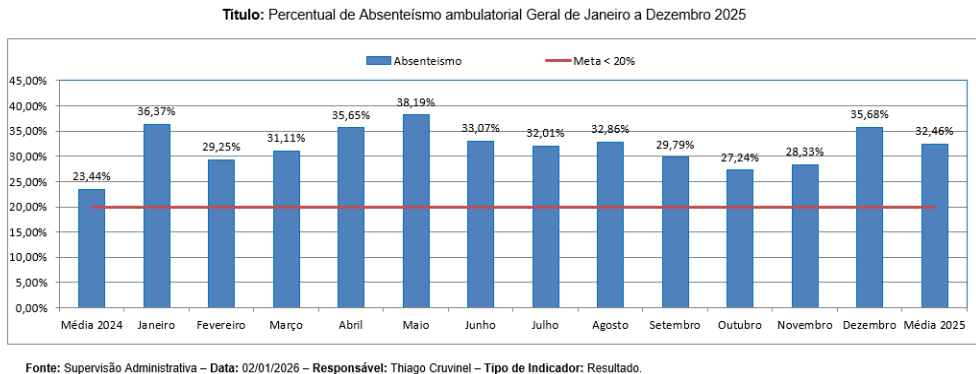


Fonte: Comunicação Ceap-Sol




8. ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL

Figura 74. Autorizações de internação hospitalar.



Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
36,37%	29,25%	31,11%	35,65%	38,19%	33,07%	32,01%	32,86%	29,79%	27,24%	28,33%	35,68%	32,46%

Tabela 26. Índice de absenteísmo ambulatorial

Análise: O indicador de absenteísmo ambulatorial no ano de 2025 apresentou desempenho insatisfatório e persistentemente acima da meta institucional estabelecida (<20%), configurando-se como um problema estrutural, crônico e multifatorial. Ao longo de todo o período analisado, os percentuais mantiveram-se elevados, com média anual de 32,46%, evidenciando perda significativa de capacidade assistencial, impacto negativo na eficiência operacional, subutilização da agenda e prejuízos à continuidade do cuidado e à experiência do paciente.

O ano iniciou com índice crítico em janeiro (36,37%), fortemente influenciado pela sazonalidade do período de férias, caracterizado por conflitos de agenda, viagens, redução da priorização de atendimentos ambulatoriais e fragilidades no processo de confirmação. Esse cenário já indicava que o absenteísmo não estava restrito a eventos pontuais, mas relacionado a fatores previsíveis e recorrentes.

Nos meses de fevereiro (29,25%) e março (31,11%), mesmo após a intensificação das ações de confirmação ativa por telefone e WhatsApp, o indicador permaneceu elevado. Essa persistência demonstrou que as estratégias tradicionais de lembrete, embora necessárias, mostraram-se insuficientes para superar barreiras externas enfrentadas pelos pacientes, como dificuldades socioeconômicas, custos com transporte e alimentação, além de conflitos com a jornada de trabalho. Observou-se que a confirmação prévia não se traduzia, necessariamente, em comparecimento efetivo.

Em abril (35,65%), houve novo agravamento do indicador, reforçando a necessidade de aprofundamento da análise das causas raízes. A aplicação da ferramenta 3W1H evidenciou que os principais fatores associados ao absenteísmo estavam relacionados a questões logísticas, socioeconômicas e à baixa percepção de risco clínico associada à ausência, motivando o reforço das mensagens educativas e a qualificação do processo de agendamento.

O mês de maio (38,19%) representou o pior resultado do ano, evidenciando desperdício crítico da capacidade instalada e confirmando que as intervenções até então adotadas — como busca ativa e regras administrativas de desligamento após faltas consecutivas — não foram suficientes para mitigar o problema. Diante desse cenário, foi adotada a estratégia de overbooking como medida emergencial, com o objetivo de compensar as ausências e reduzir o impacto das faltas na produtividade.

Em junho (33,07%), observou-se discreta redução do índice, porém ainda em patamar crítico. A experiência demonstrou que o overbooking isoladamente não solucionava o problema, exigindo ações mais estruturadas. Nesse contexto, foi implementada a Comunicação do Custo da Interrupção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), buscando sensibilizar os pacientes quanto às consequências clínicas do não comparecimento. Paralelamente, estruturou-se um plano de ação com ajuste do overbooking, criação de lista de espera para ocupação de vagas ociosas e intensificação da confirmação ativa com antecedência mínima de 48 horas.



Em julho (32,01%), os resultados mantiveram-se elevados, influenciados por fatores sazonais adicionais, como férias escolares, suspensão de transporte intermunicipal e aumento de intercorrências clínicas, reforçando o caráter multifatorial do absenteísmo e a limitação das ações centradas exclusivamente na comunicação.

Agosto (32,86%) consolidou o entendimento de que o absenteísmo ambulatorial é um problema crônico, com perda recorrente de aproximadamente um terço da capacidade produtiva mensal. A partir desse diagnóstico, o foco estratégico passou a priorizar não apenas a redução das faltas, mas principalmente o preenchimento efetivo das agendas. Foi então formalizado um Plano de Ação estruturado em 5W2H, com horizonte de agosto a dezembro de 2025, alinhado à perspectiva de Clientes e Mercado e à melhoria da jornada do paciente.

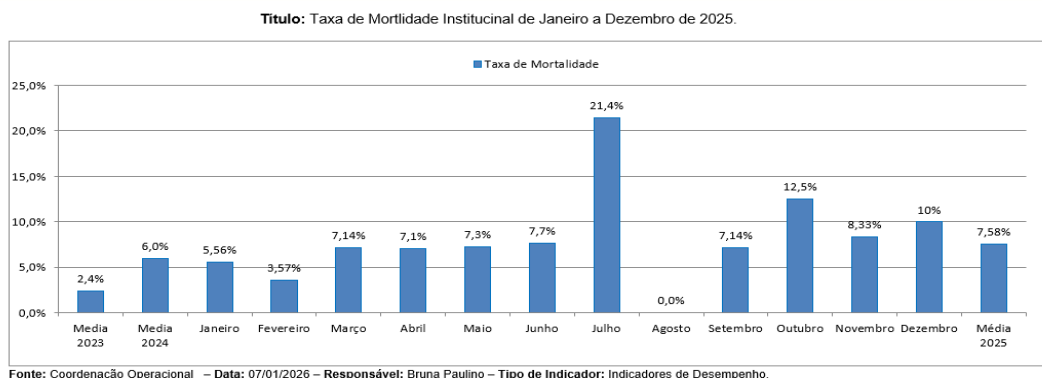
Em setembro (29,79%), observou-se a primeira redução mais consistente, com resultado inferior a 30%, indicando efeito inicial das ações estruturadas, especialmente o fortalecimento do agendamento online, melhoria dos lembretes e uso mais eficiente da lista de espera. Apesar da melhora, o indicador permaneceu acima da meta, reforçando a necessidade de avançar para estratégias mais robustas, como dupla confirmação, triagem logística prévia e segmentação de risco de absenteísmo.

De forma geral, a análise de 2025 evidencia que o absenteísmo ambulatorial está fortemente associado a determinantes externos ao serviço, como vulnerabilidade socioeconômica, dificuldades logísticas e baixa priorização do cuidado frente ao custo percebido da adesão.



9. TAXA DE MORTALIDADE

Figura 75. Taxa de Mortalidade.



Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
5,56%	3,57%	7,14%	7,1%	7,3%	7,7%	21,42%	0%	7,14%	12,5%	8,33%	10%	8,15%

Tabela 27. Índice de mortalidade mensal.

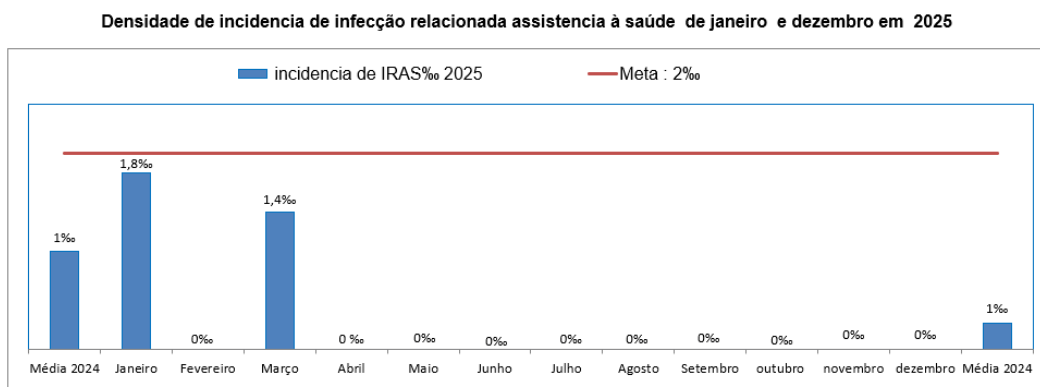
Análise: Observa-se que a Taxa de Mortalidade Hospitalar apresenta variações significativas ao longo do período analisado, as quais estão diretamente relacionadas à baixa quantidade de saídas hospitalares registradas em alguns meses. Nesse contexto, qualquer ocorrência de óbito tende a impactar de forma expressiva o indicador, elevando proporcionalmente a taxa calculada. Ressalta-se ainda que os dados referentes aos meses de janeiro a novembro foram extraídos do Sistema Sigus, especificamente das abas do Questionário de Atenção Hospitalar, enquanto as informações do mês de dezembro foram obtidas diretamente do Sistema MV, conforme disponibilidade e consolidação dos registros.

10. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) é o núcleo executivo da CCIH e atua de forma ativa na prevenção e controle de infecções hospitalares; tem como objetivo elaborar e instituir medidas para redução da incidência e gravidade dessas enfermidades. Ao SCIH compete planejar,

executar e avaliar um programa de controle de infecção hospitalar, manter vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, realizar investigações de casos e surtos e implementar medidas de controle, estipular e supervisionar medidas de precauções e isolamentos, realizar educação continuada, elaborar e divulgar relatórios. Dentre as principais atividades para a coleta de dados está a busca ativa, análise de culturas positivas de material biológico, controle de antimicrobianos, visitas diárias na Unidade de internação e periódicas as demais unidades. Com essas informações é possível definir limites endêmicos de infecções para cada unidade, originando taxas de infecções mensal e anual.

Figura 76. Densidade de incidência de infecções hospitalar em 2025.



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH – Data: 07/01/2026 – Responsável: Kayene Rosa Santos Almeida – Tipo de Indicador: Densidade de incidência de IRAS

Análise: A densidade de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) é composta por um conjunto de indicadores que expressam a proporção de infecções associadas ao uso de dispositivos invasivos frequentemente utilizados na instituição, como cateter venoso central (CVC), sonda vesical de demora (SVD) e ventilação mecânica (VM). Esses indicadores são considerados estratégicos, sendo monitorados de forma sistemática, evidenciando o compromisso institucional com a qualidade da assistência e a segurança do paciente. As ações de prevenção seguem rigorosamente as recomendações nacionais e internacionais vigentes, sendo esperado que esses índices se mantenham os mais baixos possíveis, indicando a raridade da ocorrência desses eventos adversos.




No mês de janeiro, foi registrada uma infecção do trato urinário na unidade de internação, identificada por meio de busca ativa e investigação diagnóstica, com urocultura positiva para *Escherichia coli* e *Enterococcus faecalis*, ambos germes resistentes. O caso esteve associado a fatores físico-patológicos, como bexiga neurogênica. O paciente foi avaliado pela equipe médica e instituído tratamento com Nitrofurantoína 100 mg, via oral, a cada 6 horas, por sete dias.

Em fevereiro, não houve registro de infecções associadas ao uso de dispositivos invasivos. Em março, foi notificada uma IRAS do trato respiratório no paciente R.T.M., relacionada à broncoaspiração, em contexto de neoplasia pulmonar. Em 23/03/2025, a infecção foi caracterizada com base em radiografia de tórax evidenciando piora do quadro, aumento de PCR, tosse produtiva e presença de cavitação pulmonar. O tratamento instituído consistiu em Meropenem 1 g, totalizando 3 g/dia, por via endovenosa, durante sete dias.

Nos meses de abril, maio e junho, não foram registradas infecções relacionadas ao uso de dispositivos comumente monitorados. Em julho, a densidade de incidência de IRAS permaneceu igual a zero, configurando um indicador de excelência da assistência prestada. Ressalta-se, entretanto, a importância da manutenção da vigilância ativa e criteriosa, a fim de assegurar que a ausência de registros reflita efetivamente a qualidade assistencial e não falhas nos processos de notificação ou identificação de casos.

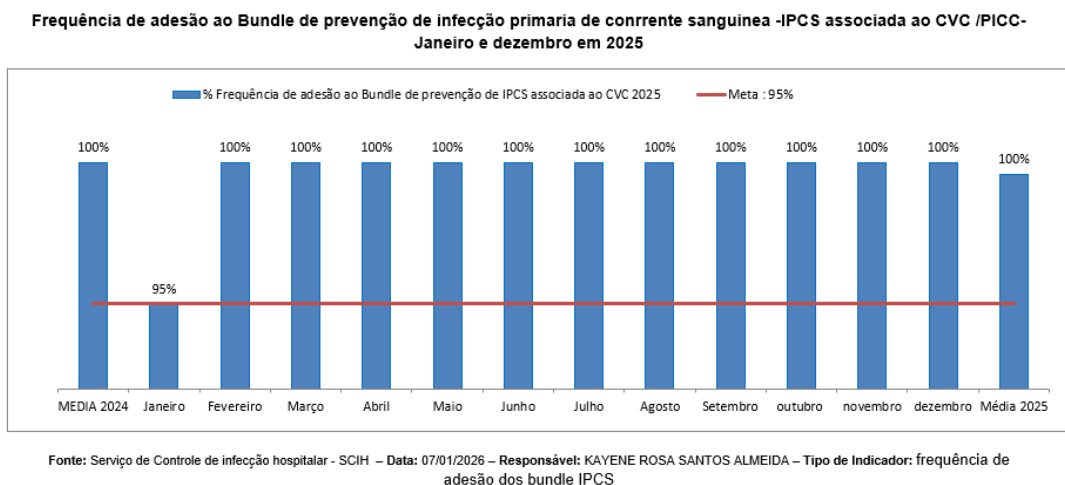
Durante os meses de agosto, setembro e outubro, os indicadores mantiveram densidade de incidência de IRAS igual a zero, sem registro de infecções associadas à assistência em nenhum dos dispositivos monitorados, incluindo CVC, PICC, SVD, ventilação mecânica ou outros procedimentos invasivos. Esses resultados altamente satisfatórios demonstram a efetividade das medidas de prevenção adotadas, bem como o comprometimento das equipes assistenciais e a atuação contínua do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). A manutenção desse



desempenho exige vigilância constante, educação continuada e reavaliação diária das práticas assistenciais.

Em novembro, a densidade de incidência de IRAS também permaneceu igual a zero, reafirmando um cenário de excelência na assistência e segurança do paciente. Ainda assim, reforça-se a necessidade de continuidade da vigilância epidemiológica ativa, garantindo a fidedignidade dos dados e a sustentabilidade dos resultados positivos alcançados ao longo do período analisado.

Figura 77. Taxa de utilização de CVC/PICC período de janeiro a novembro de 2025.



Análise: No período de janeiro a novembro, observou-se adesão de 100% aos bundles de inserção e manutenção de cateteres venosos centrais, considerando os critérios avaliados por meio de observações sistemáticas, incluindo curativo limpo, seco e bem fixado, identificação adequada e conformidade com os protocolos institucionais. A análise mensal evidencia maturidade do processo, vigilância ativa da equipe assistencial e efetividade das ações de prevenção conduzidas em consonância com as diretrizes do SCIH.

Em janeiro, foi necessária a substituição de um CVC devido a funcionamento inadequado do dispositivo, sendo realizada nova inserção com continuidade rigorosa dos bundles de manutenção, sem registro de falhas. Em fevereiro, ocorreram três inserções de CVC e uma de PICC, motivadas por troca de acesso proveniente de outra unidade,




impossibilidade de acesso venoso periférico e uso prolongado de antibioticoterapia, todas com adequada implementação e manutenção dos cuidados preconizados.

No mês de março, foram realizadas três novas inserções de CVC em decorrência de instabilidade de acesso venoso, condições hemodinâmicas instáveis e uso prolongado de drogas vasoativas. Não foram identificadas falhas no processo, mantendo-se 100% de adesão aos bundles. Em abril, não houve novas inserções de CVC ou PICC, permanecendo dois pacientes em uso de CVC para administração de drogas vasoativas, com manutenção adequada e sem intercorrências. Em maio, foram realizadas duas inserções de CVC em pacientes com necessidade de uso prolongado de vasoativos e instabilidade de acesso, novamente sem falhas nos cuidados de manutenção.

Em junho, houve maior volume de inserções, totalizando oito novos CVCs, além da manutenção diária em seis pacientes. As indicações estiveram relacionadas à impossibilidade de acesso venoso periférico, hiperemia em dispositivos prévios, mau funcionamento do cateter e necessidade clínica de estabilização hemodinâmica, inclusive em pacientes transferidos de outras unidades. Todos os casos foram acompanhados com avaliações diárias de adesão aos bundles de manutenção, sem registro de falhas ou eventos infecciosos.

No mês de julho, foi realizada análise detalhada da adesão aos bundles de prevenção de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS), abrangendo inserção e manutenção de CVC e PICC. Pacientes com tempo prolongado de uso, como S.S.R. e A.D.O., foram identificados como prioritários para vigilância, considerando o risco cumulativo de infecção. Ainda assim, manteve-se adesão elevada aos componentes do bundle, reforçando a importância da higiene das mãos, troca adequada de curativos, antissepsia das conexões, avaliação diária da necessidade do dispositivo e preenchimento completo dos checklists.

Em agosto, foram realizadas três novas inserções (dois PICC e um CVC), todas indicadas por impossibilidade de acesso periférico. Observou-



se um total de 127 inserções/dias de cateter em manutenção, com tempos de permanência variados, alguns superiores a 20 dias. Apesar do tempo prolongado representar fator de risco, não houve registro de sinais flogísticos, complicações locais ou sistêmicas. A adesão aos marcadores de qualidade foi considerada satisfatória, destacando-se a necessidade de reforço contínuo na desinfecção das conexões e na avaliação diária da possibilidade de retirada precoce dos dispositivos.

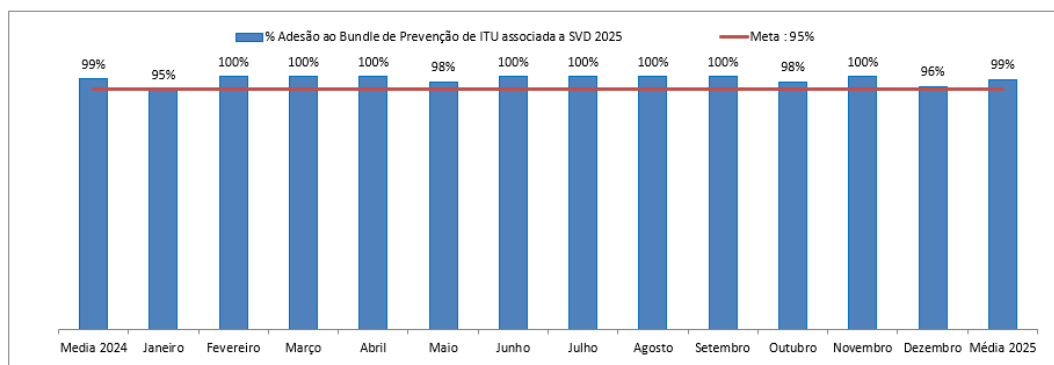
No mês de setembro, foram realizadas três inserções de dispositivos, com 59 avaliações de manutenção, demonstrando acompanhamento ativo e rigoroso da equipe de enfermagem. As inserções foram clinicamente justificadas, os cuidados de manutenção mantiveram-se em conformidade com os protocolos e não houve ocorrência de infecção associada à corrente sanguínea. O período evidenciou pontos fortes como vigilância contínua, ausência de complicações e elevado comprometimento da equipe multiprofissional.

Em outubro e novembro, os indicadores mantiveram desempenho excelente, demonstrando processo assistencial maduro, equipe capacitada e práticas consolidadas. A ausência de falhas e intercorrências reforça a efetividade dos bundles implementados. Ressalta-se, contudo, a importância da manutenção da vigilância ativa, da educação permanente e da reavaliação diária da necessidade dos dispositivos, garantindo a sustentabilidade dos resultados alcançados.



Figura 78. Taxa de utilização de sonda vesical de demora (SVD).

Adesão ao Bundle de Prevenção de Infecção de Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora em janeiro e dezembro de 2025



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH - Data: 07/01/2026 - Responsável: Kayene Rosa Santos Almeida - Tipo de Indicador: Adesão dos Bundle SVD.

Análise: O monitoramento diário das ações de boas práticas relacionadas ao uso da sonda vesical de demora (SVD) tem como objetivo reduzir o risco de Infecção do Trato Urinário associada a dispositivo invasivo, promovendo assistência segura e de qualidade. Para esse acompanhamento, são observados sistematicamente seis marcadores essenciais: sondagem com justificativa clínica plausível; manutenção de sistema coletor de urina fechado, sem violação ou vazamentos; volume de diurese inferior a $\frac{3}{4}$ da capacidade da bolsa coletora; posicionamento adequado da bolsa coletora elevada do chão; fixação correta da sonda; e realização de higiene diária do meato uretral.

No mês de janeiro, foram registradas três novas inserções de SVD, todas devidamente documentadas e realizadas conforme as atividades padronizadas. Também foram realizadas três observações do bundle de manutenção, com adesão integral aos marcadores estabelecidos. Em fevereiro, ocorreram quatro novas inserções, todas acompanhadas conforme protocolo institucional, com monitoramento diário totalizando 38 visualizações para os quatro pacientes em uso do dispositivo.

Em março, houve aumento no número de inserções de SVD, motivadas por diferentes condições clínicas, como uso de drogas vasoativas, necessidade de controle de débito urinário, suspeita de ITU com presença de grumos e troca de dispositivo proveniente de outra instituição. Todas as inserções foram monitoradas, mantendo 100% de adesão aos critérios do bundle. Em abril, foram realizadas seis novas inserções, sendo três trocas de dispositivo por tempo de uso e três




indicações para verificação de débito urinário, mantendo-se os padrões de controle e observação dos marcadores.

No mês de maio, não houve novas inserções de SVD. Permaneceram dois pacientes com dispositivos provenientes de outra instituição, os quais não foram substituídos visando ao bem-estar do paciente debilitado. Durante cinco dias de observação, não foram identificados sinais flogísticos. Em junho, foram realizadas quatro inserções de SVD e acompanhados seis pacientes em manutenção diária do dispositivo. As indicações incluíram anúria, colúria, controle de débito urinário em suspeita de insuficiência cardíaca congestiva, obstrução do cateter e monitoramento clínico em pacientes em cuidados paliativos ou transferidos de outras unidades. Todos os casos foram acompanhados conforme o protocolo de manutenção, sem registro de sinais de infecção associados.

Em julho, foram registradas três novas inserções de SVD, todas com indicação clínica justificada, incluindo bexiga distendida, instabilidade hemodinâmica com anúria e troca para sonda de três vias. No mesmo período, quatro pacientes permaneceram em uso contínuo do dispositivo, alguns com tempo prolongado de permanência. Destacaram-se pacientes com uso superior a sete dias, exigindo atenção redobrada quanto à reavaliação diária da necessidade do cateter, especialmente em situações de trocas frequentes e procedimentos associados, como cistostomia. A adesão ao bundle de manutenção manteve-se satisfatória, com foco na higiene das mãos, sistema fechado, higiene perineal adequada e registros diários.

Durante o mês de agosto, foram avaliados seis pacientes em uso de SVD, totalizando 149 visualizações. Observou-se uso restrito do dispositivo, sempre com justificativa clínica documentada. Os marcadores de adesão apresentaram conformidade integral, sem registros de violação do sistema fechado, transbordamento da bolsa coletora, falhas de fixação ou ausência de higiene do meato uretral. Apesar disso, alguns pacientes permaneceram com a sonda por tempo prolongado, o que representa fator de risco para ITU, reforçando a necessidade de reavaliação diária da possibilidade de retirada precoce.

Em setembro, foram avaliados sete pacientes, com 75 observações registradas. A adesão ao bundle manteve-se satisfatória em todos os marcadores.



Houve uma troca de sonda por obstrução, prontamente identificada e solucionada, demonstrando vigilância ativa da equipe. Não foram observados sinais de infecção urinária associada à SVD, refletindo a efetividade das medidas preventivas adotadas.

No mês de outubro, o indicador apresentou 98% de conformidade, com 80 observações em cinco pacientes, evidenciando elevado domínio da rotina assistencial e maturidade do processo. Entretanto, identificou-se como ponto de atenção a manutenção recorrente de volume urinário acima de $\frac{3}{4}$ da capacidade da bolsa coletora por período prolongado, indicando necessidade de reforço na interpretação do critério, intervenção oportuna diante da não conformidade e reavaliação da indicação de permanência da SVD, visando ao fortalecimento da segurança do paciente

Em novembro, o monitoramento demonstrou adesão satisfatória ao bundle de prevenção de ITU associada à SVD, com observação criteriosa dos momentos de inserção, manutenção e retirada do dispositivo. As inserções ocorreram com indicação clínica adequada e registro completo. As retiradas foram realizadas oportunamente em casos de alta hospitalar ou cessação da indicação clínica. Contudo, identificou-se como ponto de atenção a permanência prolongada da SVD em um paciente, reforçando a necessidade de intensificar a reavaliação diária da necessidade do dispositivo e o registro sistemático dessa avaliação.

De forma geral, a análise do período evidencia elevada adesão aos bundles de prevenção de ITU associada à SVD, uso criterioso do dispositivo, vigilância contínua e ausência de infecções urinárias relacionadas. Os resultados refletem o comprometimento da equipe assistencial, a efetividade das ações do SCIH e a consolidação de práticas seguras. A manutenção desses resultados depende do fortalecimento da educação permanente, da documentação adequada e da reavaliação diária da necessidade do uso da SVD, garantindo assistência segura, qualificada e centrada na segurança do paciente.



Figura 79. Ações SCIH.



Fonte: arquivo de imagens CEAP-SOL.

Para ações de melhoria contínua, estima-se elaborar o perfil de sensibilidade e resistência dos microrganismos identificados nos pacientes atendidos na unidade e um acompanhamento mais apurado de sinais de infecções relacionadas à assistência à saúde.

11.MEDIDAS PARA RESOLUÇÃO DE DISFUNÇÕES ESTRUTURAIS QUE INVIABILIZARAM O ALCANCE DAS METAS FIXADAS (P4)

No período analisado não houve registros de disfunções estruturais (reformas ou manutenções sejam corretivas ou preventivas) que inviabilizaram o cumprimento das metas pactuadas, as programações das manutenções preventivas e corretivas foram executadas.

No período entre janeiro a dezembro de 2025 foram realizados 21.497 (Vinte e uma mil quatrocentos e noventa e sete) atendimentos e solicitações das áreas da unidade, sendo 1.755 (mil setecentos e cinquenta e cinco) de manutenção preventiva e 634 (seiscentos e trinta e quatro) de manutenção corretiva,




demonstrando sua atuação preventiva frente aos equipamentos e estrutura para um melhor desempenho operacional.

Como medidas preventivas foram aplicados prazos curtos para realização das manutenções, seguindo cronograma e de acordo com dimensionamento e disponibilidade de leitos.

12.GESTÃO FINANCEIRA E CUSTOS

Índice De Eficiência Financeira

Apresentamos a seguir, por meio do Índice de Eficiência Financeira (acumulado janeiro a novembro/2025) e Índice Contábil (acumulado janeiro a novembro/2025), o nível de economicidade apresentado pela unidade CEAP-SOL.

	Entradas	Saídas	Índice
Execução Financeira	23.924.099,49	20.444.399,18	0,85

Movimentações jan/2025 a nov/2025 Fonte:
Fluxo de Caixa SIPEF

	Entradas	Saídas	Índice
Índice Contábil	21.023.365,41	21.456.673,77	1,02

Movimentações jan/2025 a nov/2025 balancete
MVSOUL

Conforme pode ser analisado nos dados descritos acima a Unidade apresenta Índice de Execução Financeira de 0,85 e Índice Contábil de 1,02, referente aos meses de janeiro a novembro de 2025. Cabe ressaltar que os mês de dezembro ainda não está com os registros fechados pela contabilidade, uma vez que o fechamento se dará até o dia 20 de janeiro. Informamos que o cálculo para a apuração dos índices supramencionados é das movimentações financeiras e registro contábil do período.




Apuração e Gestão de Custos:

A metodologia seguida é estabelecida pela SES-GO através das portarias 33/2015-GAB-SES-GO e 749/2015-GAB-SES-GO.

O Demonstrativo apresentado é o Relatório de Composição e Evolução de Custos emitido pela plataforma *KPIH-Planisa*, ferramenta padronizada pela SES-GO (acumulado janeiro a novembro/2025).

13. AÇÕES REALIZADAS NO ANO DE 2025

Com o intuito de promover as melhores práticas desenvolvidas pelos setores e profissionais do CEAP-SOL, o setor de comunicação da unidade tem como compromisso a devida divulgação organizada das atividades que ocorrem na unidade.

O ano de 2025 tem tido uma participação crescente na realização de eventos e ações internas.

Destacamos abaixo, divididas mensalmente, algumas das principais ações realizadas pelas equipes do CEAP-SOL e que tiveram a devida divulgação realizada pelo setor de comunicação.

JANEIRO



Janeiro Branco: CEAP-SOL realiza palestra sobre a importância da conscientização em saúde mental



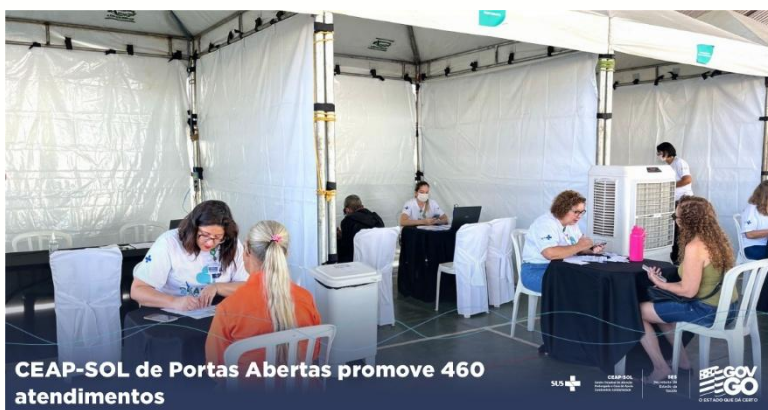
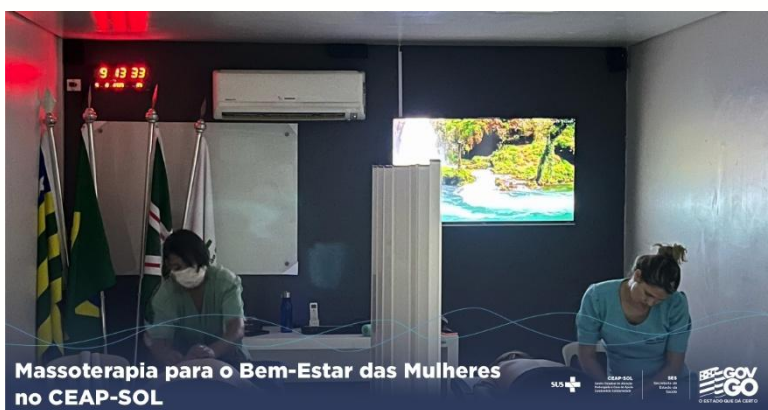
FEVEREIRO







MARÇO



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

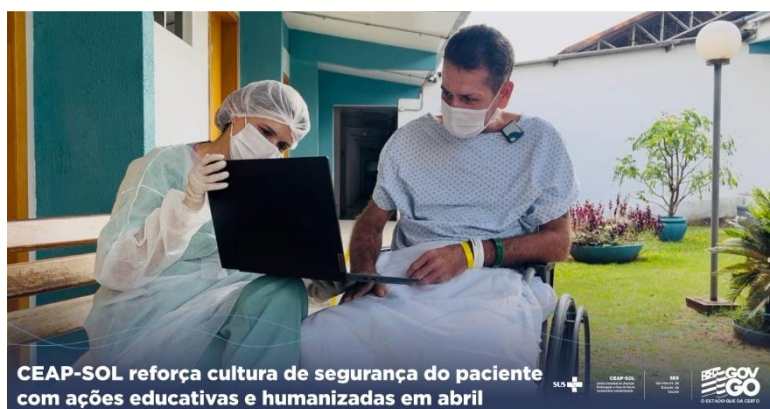




ABRIL









MAIO







JUNHO







CEAP-SOL realiza ação educativa sobre uso seguro de medicamentos



CEAP-SOL realiza ação educativa sobre uso seguro de medicamentos com foco na segurança do paciente



Paciente em cuidados paliativos se emociona ao receber visita de cachorro de estimação no Ceap-Sol



CEAP-SOL promove treinamento sobre desospitalização e os desafios do cuidado domiciliar



Ribrio

Ribrio



JULHO







AGOSTO







SETEMBRO









OUTUBRO







NOVEMBRO



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



CEAP-SOL retoma Cozinha Experimental com oficina terapêutica para crianças



CEAP-SOL entrega certificado ONA 3 ao Secretário de Estado da Saúde durante Fórum SES e Parceiros Privados



HDT e CEAP-SOL participam de mutirão de atendimentos com foco no Diabetes

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

DEZEMBRO



CEAP-SOL celebra 30 anos de atendimento em saúde com mutirão aberto à comunidade



CEAP-SOL arrecada brinquedos na campanha Natal Solidário

Goiânia, 08 de janeiro de 2026

Assinado eletronicamente por:
Igor Guimarães Silva Honorato
CPF: ***.340.621-**
Data: 08/01/2026 15:44:20 -03:00

MUNDO DIGITAL

Igor Guimarães
Diretor Executivo
CEAP-SOL

Assinado eletronicamente por:
Grécia Quinta Ribeiro de Souza
CPF: ***.054.311-**
Data: 08/01/2026 15:42:23 -03:00

MUNDO DIGITAL

Dra. Grécia Quinta Ribeiro de Souza
Diretora Técnica Interina
CEAP-SOL