

**15º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 008/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM, O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, E A FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA NOVA DESCOBERTA, NAS CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.**

O **ESTADO DE PERNAMBUCO**, por meio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, com sede à Rua Dona Maria Augusta Nogueira, nº 519, Bongüi, Recife/PE, CEP 50.751-530, neste ato representada por sua Secretária, **Dra. ZILDA DO REGO CAVALCANTI**, nomeada pelo Ato nº 024, publicado no Diário Oficial do Estado em 02/01/2023, residente e domiciliada nesta cidade do Recife, doravante denominada **CONTRATANTE**, e a **FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.767.633/0005-28, com sede na Av. Vereador Otacílio Azevedo, s/nº, Nova Descoberta, Recife/PE, CEP: 52.191-000, neste ato representado por sua Presidente Ir. **FABIOLA DE ALENCAR FURTADO**, doravante denominada **CONTRATADA**, têm justa e acordada a presente celebração, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir pactuadas, bem como pelas disposições da Lei Estadual nº 15.210/2013, estando instruídas com o Parecer Técnico CTAI nº 431/2025 e a Nota de Resposta nº 2 (id. 78662015 e 80106679, respectivamente) da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI, o Parecer de Prorrogação nº 003/2026 e Despacho nº 18 (id. 79837790 e 80382553, respectivamente) da Comissão Mista de Avaliação, Despacho nº 133 (id. 80598624) da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão e os demais documentos constantes do Processo SEI nº 2300000302.000287/2025-16.

## **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1. Constituem objetos do presente Termo Aditivo:

a) a **prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 008/2022 por mais 02 (dois) anos**, correspondente ao período de **01/02/2026 a 31/01/2028**;

b) a **repactuação das metas e indicadores**, conforme disposto nos Anexos I, II e III deste Termo Aditivo.

1.2. As alterações supracitadas encontram fundamento no inciso X do artigo 10 da Lei nº 15.210/2013, que prevê o prazo de vigência, que não poderá ser superior a 2 (dois) anos, renovável por sucessivos períodos, até o limite máximo de 10 (dez) anos, desde que reste demonstrada a vantajosidade da medida e o atendimento das metas pactuadas nos termos do art. 15-A, e no inciso XI do artigo 10 da Lei nº 15.210/2013, que prevê a possibilidade de repactuação das metas ou das atividades contratadas, a qualquer tempo, para sua adequação às necessidades da Administração, mediante a inclusão, exclusão e permuta dos serviços ou de seus quantitativos, assegurada a revisão dos valores financeiros de repasse ou a suplementação de verbas.

## **CLÁUSULA SEGUNDA - DA REVISÃO DO VALOR FINANCEIRO**

2.1. Após a implementação das alterações previstas na Cláusula Primeira do presente Termo Aditivo, o valor mensal a ser repassado à contratada continuará a ser de R\$ **2.012.224,92 (dois milhões, doze mil duzentos e vinte e quatro reais e noventa e dois centavos)**, conforme Despacho nº 62 da Gerência Administrativa Orçamentária dos Contratos de Gestão (Id.80610022) mantendo-se as demais condições de pagamento constante do contrato mater e seus anexos.

## **CLÁUSULA TERCEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DA NOTA DE EMPENHO**

3.1. Os recursos necessários ao atendimento das despesas decorrentes deste instrumento no presente exercício financeiro têm como fonte o Tesouro Estadual e correrão à conta da(s) seguinte(s) dotação(ões) orçamentária(s) e nota(s) de empenho:

**80657469:**

**Fonte:** 0500000000

**Código U.O.:** 00208

**Programa de Trabalho:** 10.302.0528.4610.1022

**Elemento:** 3.3.50.85

**Nota de Empenho:** 2026NE000397, de 02/01/2026

**Valor da Nota de Empenho:** R\$ 11.722.780,97

**80657567:**

**Fonte:** 0500000000

**Código U.O.:** 00208

**Programa de Trabalho:** 10.302.0528.4610.1022

**Elemento:** 3.3.50.85

**Nota de Empenho:** 2026NE000399, de 02/01/2026

**Valor da Nota de Empenho:** R\$ 4.000.000,01

**80657814:**

**Fonte:** 0500000000

**Código U.O.:** 00208

**Programa de Trabalho:** 10.302.0528.4610.1022

**Elemento:** 3.3.50.85

**Nota de Empenho:** 2026NE000400, de 02/01/2026

**Valor da Nota de Empenho:** R\$ 375.018,41

3.2. No(s) exercício(s) seguinte(s), as despesas correrão à conta dos recursos próprios para atender às despesas da mesma natureza, cuja alocação será feita mediante apostilamento no início de cada exercício financeiro.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DA RATIFICAÇÃO**

4.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas do CONTRATO, que não foram expressamente alteradas pelo presente Termo Aditivo.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO**

5.1. O presente Termo Aditivo terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, às expensas da CONTRATANTE, que deverá ainda disponibilizá-lo em seu sítio eletrônico, nos termos dos artigos 10, § 2º e 28 da Lei 15.210/2013.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DO FORO**

6.1. As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em formato digital, para todo efeito de direito.

E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em formato digital, para todo

efeito de direito.

Recife, data da assinatura digital.

**ZILDA DO REGO CAVALCANTI**  
**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**  
**CONTRATANTE**

**FABÍOLA DE ALENCAR FURTADO**  
**FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA**  
**CONTRATADA**

**ANEXO TÉCNICO I DO CONTRATO**  
**DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS**  
**CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados definidos pela **CONTRATANTE**.

## **1. INTRODUÇÃO**

Este documento descreve características de como se dará a assistência de urgência e emergência (pronto atendimento), bem como as metas quantitativas e qualitativas que serão analisadas e avaliadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, para o repasse de 30% do valor global do Contrato de Gestão em seus respectivos ciclos de avaliação.

A consolidação e análise dos indicadores será realizada trimestralmente. Para os indicadores de produção a avaliação e valoração das metas pactuadas serão realizadas trimestralmente, em consonância com o art. 15-A da Lei 15.210/2013, para efeito de aplicação de desconto no repasse da **CONTRATADA**. Para os indicadores de qualidade, a avaliação e valoração das metas pactuadas serão realizadas mensalmente para efeito de aplicação de desconto no repasse da **CONTRATADA**, conforme art. 38 do Decreto 58.200/2025.

## **2. ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

A assistência à saúde prestada nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na **Unidade de Pronto Atendimento - UPA NOVA DESCOBERTA** até sua alta, encaminhamento para outro serviço de maior complexidade ou observação clínica, conforme a necessidade da situação de urgência ou emergência. Este processo inclui todos os atendimentos e procedimentos necessários para completar o diagnóstico e as terapêuticas indicadas necessárias no âmbito de urgência e emergência:

- Manejo de possíveis agravamentos do quadro clínico do paciente durante o atendimento ou período de observação;
- Realização de tratamentos de outros problemas de saúde, além da queixa principal, quando necessário

para o cuidado completo do paciente;

- Administração de medicamentos necessários durante o período de atendimento, conforme protocolos clínicos e relação de medicamentos padronizados pelo SUS;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem indispensáveis ao cuidado contínuo do paciente;
- Oferta de alimentação e, quando indicado, suporte nutricional por via enteral ou parenteral durante o tempo de permanência;
- Assistência prestada por equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais de saúde, conforme a complexidade do caso;
- Realização de procedimentos sob sedação ou anestesia local, quando indicados e compatíveis com a capacidade instalada da unidade;
- Utilização de materiais e insumos descartáveis necessários à assistência;
- Garantia de permanência do paciente em área de observação com infraestrutura adequada, conforme avaliação clínica e critérios de risco;
- Garantia de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes no pré-parto, parto e pós-parto imediato, idosos, pessoas com deficiência e mulheres, conforme assegurado pela legislação vigente que regulamenta o SUS, incluindo: o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990); a Lei do Acompanhante para Gestantes (Lei nº 11.108/2005); o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003); a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015); e a Lei nº 14.737/2023, que dispõe sobre o direito à presença de acompanhante para mulheres em estabelecimentos de saúde;
- Administração de sangue e hemoderivados em situações de urgência/emergência, quando disponível e indicado, respeitando os protocolos estabelecidos;
- Realização de todos os procedimentos e condutas clínicas compatíveis com a estrutura da UPA, visando à estabilização do paciente e à definição da conduta mais adequada, com possível encaminhamento à rede hospitalar quando ultrapassada a capacidade de resolução da **UPA NOVA DESCOBERTA**.

## 2.1 PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se ao longo da vigência deste Contrato, de comum acordo entre as partes, a **CONTRATADA**, ou a **CONTRATANTE**, se propuser a realizar outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, e/ou substituição de alguma(s), ampliação de serviços, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, ou da mudança do perfil epidemiológico da região essas atividades deverão ser previamente estudadas e pactuadas entre as partes.

Essas atividades poderão ser autorizadas pela SES, após análise técnica, sempre respeitando a capacidade instalada da unidade, necessidade da região e oferta do serviço ou especialidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado através de Termo Aditivo ao contrato.

## 3. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES

A **UPA NOVA DESCOBERTA** deverá apresentar um volume de atendimentos anual compatível com seu porte e com os parâmetros assistenciais definidos pelo Ministério da Saúde.

### 3.1 ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**TABELA 01:** Atividade Mensal dos Atendimentos no Ambulatório Médico

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - AMBULATÓRIO MÉDICO													
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL ANUAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de Atendimentos de Urgência e Emergência	13.375	13.375	13.375	13.375	13.375	13.375	13.375	13.375	13.375	13.375	13.375	13.375	160.500

### 3.2 ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA

**TABELA 02:** Atividade Mensal dos Atendimentos no Ambulatório Odontológico

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - AMBULATÓRIO ODONTOLÓGICO														
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL ANUAL	
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS		
Atendimentos de Urgência e Emergência Odontológica	786	786	786	786	786	786	786	786	786	786	786	786	786	9.432

#### 4. AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

Para a avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e qualitativos que estarão diretamente ligados ao pagamento da parte variável do contrato (30% do valor global do contrato), a **UPA NOVA DESCOBERTA** deverá atingir **mensalmente** as metas definidas para os seguintes indicadores:

**Quantitativos:** Número de atendimentos de urgência e emergência; Número de atendimentos de urgência e emergência odontológica.

**Qualitativos:** A análise da variável relacionada aos indicadores qualitativos será realizada por meio do Índice Global de Qualidade, com pontuação variando de 0 a 100 pontos. Esse índice será composto pelos seguintes indicadores:

**EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL:** Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes (verde, amarelo e vermelho); Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h; Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **PROTÓCOLO DE DOR TORÁCICA:** Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica; Tempo Médio de Porta-Saída da UPA. **PROTÓCOLO DE AVE:** Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE. **PROTÓCOLO DE SEPSE:** Média de tempo porta-antibiótico dos pacientes no protocolo de sepsis. **VIGILÂNCIA DO ÓBITO:** Taxa de revisão dos óbitos institucionais ( $\geq 24$ h). **ATENÇÃO AO USUÁRIO:** Satisfação do usuário; Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. **TRANSPARÊNCIA:** Qualidade da publicação das informações de transparência. **EDUCAÇÃO PERMANENTE:** Taxa de execução do Plano de Educação Permanente; Taxa de adesão da equipe assistencial às ações de educação permanente; Taxa de adesão da equipe administrativa às ações de educação permanente.

##### 4.1 META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS)

Estabelecem-se como indicadores determinantes do pagamento da parte variável os relacionados nos quadros abaixo:

**Quadro 01** - Indicadores quantitativos (produção)

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META MENSAL
Produção	Número de atendimentos de urgência e emergência	13.375
	Número de atendimentos de urgência e emergência odontológica	786

**Quadro 02** - Indicadores Qualitativos (Índice Global de Qualidade)

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE					
TIPO	INDICADOR	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes verdes.	$\leq 120$ min	Pontuação: 5	5	
		$> 120$ min $\leq 180$ min	Pontuação: 3		
		$> 180$ min $\leq 240$ min	Pontuação: 1		
		$> 240$ min	Pontuação: 0		

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE - 6					
TIPO	Tempo médio entre a INDICADOR classificação e o	META	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO	
EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL	atendimento médico para pacientes amarelos.	> 120 ≤ 180 min ≤ 120 min	Pontuação: 2 Pontuação: 5	6	27
		> 180 min ≤ 180 min	Pontuação: 0		
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes vermelhos.	≤ 5 min	Pontuação: 3		
		> 5 min ≤ 10 min	Pontuação: 4		
	pacientes verdes.	> 6 min ≤ 10 min	Pontuação: 2		
		> 10 min	Pontuação: 0		
EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL	Taxa de Retorno Precoce por Média de Tempo entre a classificação e o atendimento médico para pacientes amarelos.	≤ 60 min	Pontuação: 6	5	
	até 24h	> 60 ≤ 120 min	Pontuação: 4		
		> 120 ≤ 180 min	Pontuação: 2		
	Programa Nacional de Segurança do Paciente.	≤ 5 min paciente	Pontuação: 7		
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	Média de tempo porta-ECG Tempo médio entre a para pacientes no protocolo classificação e o de dor torácica atendimento médico para pacientes vermelhos.	> 5 min ≤ 6 min	Pontuação: 4	7	27
	Tempo Médio de Porta-Saída da UPA	> 6 min ≤ 10 min	Pontuação: 2		
		≤ 10 min	Pontuação: 0		
PROTOCOLO AVE	Taxa de Retorno Precoce por Média de Tempo entre a admissão e a avaliação até 24h.	confirmada	7	5	14
	médica inicial de pacientes com suspeita de AVE. Programa Nacional de Segurança do Paciente.	≤ 10 min	Pontuação: 7		
		Envio do relatório de segurança do paciente.	Pontuação: 4		
PROTOCOLO DE SEPSE	antibiótico dos pacientes no protocolo de sepsis para pacientes no protocolo de dor torácica	≤ 60 min	7	7	7
		≤ 10 min	7		
	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais.	5			
VIGILÂNCIA DO	Tempo Médio de Porta-Saída da UPA	≤ 30 min para os casos de IAMCSST confirmada	7	7	14
		Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos	3		
PROTOCOLO AVE	Média de tempo entre a Taxa de revisão dos óbitos admissão e a avaliação institucional (≤ 24h) médica inicial de pacientes com suspeita de AVE.	Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais.	0	7	5
		Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%	7		
		≤ 10 min	6		
PROTOCOLO DE SEPSE	Média de tempo porta-antibiótico dos pacientes no protocolo de sepsis. Satisfação do Usuário.	Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e < 90,0%	4	7	7
		≤ 60 min	7		
ATENÇÃO AO VIGILÂNCIA DO ÓBITO	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h).	Aferir satisfação do usuário ≥ 70,0% e Revisão de 90% ou mais dos óbitos < 80,0% institucionais.	2	12	
		Aferir satisfação do usuário < 70%	0		
	Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais.	3			
	Aprovação de 80,0% ou mais das Revisão inferior a 80% dos óbitos resoluções de queixas recebidas. institucionais.	6			
ATENÇÃO AO USUÁRIO	Satisfação do Usuário.	Atingir o grau desejado (100%) de Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0% qualidade da publicação das	6	12	
		Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e Atingir o grau < 90,0% do (75,01% - 90,0%) de qualidade da publicação das	7		
		Aferir satisfação do usuário ≥ 70,0% e 5 Aferir satisfação do usuário < 80,0% satisfação.	4		
		Aferir satisfação do usuário < 70%	0		
	TRANSPARÊNCIA	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas de	Atingir o grau desejado (100%) de informações de transparência Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas.		
			6		

Transparência.		ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE		7	
TIPO	INDICADOR	50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO	
EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes verdes.	Atin ≤ 120 min crítico (0 Pontuação: 5 de 120 min) > 120 min ≤ 180 min publicação das informações de transparência. Pontuação: 3	0	27	
		> 180 min &lt; 240 min Pontuação: 1	7		
		90,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. Pontuação: 6	5		
		80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. Pontuação: 3	3		
	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente. Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes amarelos.	> 60 ≤ 120 min Pontuação: 4	3		
		70,0% a 79,9% das ações de educação > 120 ≤ 180 min Pontuação: 2	1		
		> 180 min Pontuação: 0	6		
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes vermelhos.	< 70,0% das ações de educação na saúde programadas para o período. Pontuação: 7	0		
		≤ 5 min Pontuação: 4 de	0		
		> 5 min e < 6 min Pontuação: 2	7		
Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h.	Assistencial às Ações de Educação Permanente	5			
	PeEnvio do relatório de segurança do e menor que 70,(paciente. são da Equipe	4			
	Assistencial às Ações de Educação Permanente	5			
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica Educacão permanente.	Assistencial às Ações de Educação Permanente ≤ 10 min	3	21	
	Tempo Médio de Porta-Saída da UPA	Percentual menor que 60% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente confirmada	7		
PROTOCOLO AVE	Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE.	≤ 30 min para os casos de IAMCST	9	14	
		da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente	7		
PROTOCOLO DE SEPSE	Média de tempo porta-antibiótico dos pacientes no protocolo de sepsse. Taxa de Adesão da Equipe	Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente	7	7	
		Percentual igual ou superior a 70,0% e	7		
VIGILÂNCIA DO ÓBITO	Administrativa às Ações de Educação Permanente.	menor que 80,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente	7	7	
		Per 60 min	7		
	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h).	Revisão de 90% ou mais dos óbitos e menor que 7institucionais.ão da Equipe Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais.	5		
Total	Satisfação do Usuário	Revisão inferior a 80% dos óbitos da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente	3	5	
		Per 60 min	0		
Total	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%	6	100	
		Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e	4		
Total	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%	6	100	
		Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e	4		
Total	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%	6	100	
		Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e	4		
Total	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%	6	100	
		Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e	4		

**Obs 1:** No que se refere ao Índice Global de Qualidade, o primeiro trimestre de funcionamento da unidade será destinado ao monitoramento e avaliação dos indicadores, sem aplicação de penalizações financeiras, considerando-se esse período como necessário para a adaptação e consolidação das metodologias de apuração das informações que subsidiaram os resultados assistenciais e gerenciais pactuados.

Para detalhamento e melhor compreensão dos indicadores e metas apresentadas recomenda-se a consulta ao **Manual de Indicadores do Contrato de Gestão (Anexo III)**, onde constam as definições, metodologias de apuração e critérios de avaliação de cada indicador.

**Quadro 03 - Indicadores Qualitativos de Acompanhamento - Sem Valoração Financeira**

<b>QUADRO GERAL DE INDICADORES QUALITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO</b>		
<b>TIPO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
<b>EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL</b>	Tempo médio de transferência da unidade	Envio da informação
	Giro de leitos	Envio da informação
	Número de atendimento por CID	Envio da informação
	Taxa de transferência	Envio da informação
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados exames laboratoriais	Envio da informação
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados raio-x	Envio da informação
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados ECG	Envio da informação
	Tempo médio entre a classificação de risco e a alta médica para pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho)	Envio da informação
<b>PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA</b>	Média de tempo porta-agulha para pacientes no protocolo de dor torácica	Envio da informação
<b>PROTOCOLO AVE</b>	Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de AVE	Envio da informação
<b>QUALIDADE ASSISTENCIAL</b>	Número de notificações compulsórias de doenças e agravos geradas na unidade	Envio da informação
	Percentual de conformidade para os pacientes em observação	Envio da informação

**5. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE**

**A CONTRATADA**, compromete-se a encaminhar à **CONTRATANTE** todas as informações solicitadas, respeitando os formatos, meios e periodicidades previamente definidos por esta.

As **informações mínimas obrigatórias** a serem fornecidas incluem:

- 5.1. Relatórios contábeis e financeiros, de acordo com o manual de orientações contábil-financeiro;
- 5.2. Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- 5.3. Relatório de Custos;
- 5.4. Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- 5.5. Outras informações que venham a ser definidas pela **CONTRATANTE** mediante comunicação formal.
- 5.6. Na hipótese de a **CONTRATADA** não atingir as metas assistenciais estabelecidas neste contrato e seus anexos, não serão aplicados descontos ou penalidades, desde que a única causa para o não cumprimento seja a ausência de demanda espontânea suficiente para alcançar os parâmetros pactuados. Nessa situação, a **CONTRATADA** deverá apresentar mensalmente os dados e justificativas que comprovem a insuficiência de demanda, os quais estarão sujeitos à análise, aprovação e validação pela **CONTRATANTE**.
- 5.7. Na hipótese de a **CONTRATADA** não atingir, em determinado trimestre, o mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) das metas assistenciais pactuadas no contrato de gestão da **UPA**, será formalmente notificada pela **CONTRATANTE** para que, nos dois trimestres subsequentes dentro do mesmo exercício orçamentário, realize a compensação da produção por meio de atendimentos assistenciais excedentes, conforme previsto no Art. 15-A da Lei Estadual nº 15.210/2013 e no Art. 37 do Decreto Estadual nº 58.200/2025.

## ANEXO TÉCNICO II DO CONTRATO SISTEMA DE PAGAMENTO

Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

### 1. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REPASSADOS:

1.1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 2 (dois) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

(X) Atendimento de Urgências e Emergências.

As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

1.2. O montante anual do orçamento econômico-financeiro destinado ao custeio com as Despesas Operacionais e Administração Central do Contrato de Gestão é de **R\$ 24.146.699,04 (vinte e quatro milhões, cento e quarenta e seis mil, seiscentos e noventa e nove reais e quatro centavos)**, sendo mensal de **R\$ 2.012.224,92 (dois milhões, doze mil, duzentos e vinte e quatro reais e noventa e dois centavos)**, incluindo os recursos com administração central.

1.3. O montante anual do orçamento econômico-financeiro das Despesas Operacionais da **UPA NOVA DESCOBERTA** para o exercício de 2026/2027 é de **R\$ 23.584.171,44 (vinte e três milhões, quinhentos e oitenta e quatro mil, cento e setenta e um reais e quarenta e quatro centavos)**, sendo mensal de **R\$ 1.965.347,62 (um milhão, novecentos e sessenta e cinco mil, trezentos e quarenta e sete reais e sessenta e dois centavos)** e corresponde a sua modalidade de atividade assistencial.

1.4. Os recursos correspondentes à Administração Central no valor mensal de **R\$ 46.877,30 (quarenta e seis mil, oitocentos e setenta e sete reais e trinta centavos)** será repassado à Organização Social de Saúde, desde que se enquadre nos requisitos da PORTARIA SES no 101, de 14 de fevereiro de 2022, que revogou a Portaria SES nº 338 de 24 de setembro de 2020, que regulamenta o artigo 10-A da Lei Estadual nº 15.210/2013 e seus parágrafos, que trata dos custos indiretos incorridos.

1.5. Na remuneração variável (30% do valor global) serão considerados os pesos de cada modalidade de atividade assistencial conforme quadros do item 2 deste Anexo Técnico.

1.6. Conforme o disposto na Cláusula Sétima do Contrato de Gestão, as parcelas mensais de pagamento repassadas à **CONTRATADA** são subdivididas da seguinte forma:

1.6.1 **70% (setenta por cento)** do valor mencionado no item 1.1.2 acima, ou seja, **R\$ 16.508.920,00 (dezesesseis milhões, quinhentos e oito mil, novecentos e vinte reais)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de **R\$ 1.375.743,33 (um milhão, trezentos e setenta e cinco mil, setecentos e quarenta e três reais e trinta e três centavos)**.

1.6.2 **20% (vinte por cento)** do valor mencionado no item 1.1.2 acima, ou seja, **R\$ 4.716.834,29 (quatro milhões, setecentos e dezesesseis mil, oitocentos e trinta e quatro reais e vinte e nove centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R\$ 393.069,52 (trezentos e noventa e três mil, sessenta e nove reais e cinquenta e dois centavos)** vinculado à avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.6.3 **10% (dez por cento)** do valor mencionado no item 1.1.2, ou seja, **R\$ 2.358.417,14 (dois milhões, trezentos e cinquenta e oito mil, quatrocentos e dezessete reais e quatorze centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R\$ 196.534,76 (cento e noventa e seis mil, quinhentos e trinta e quatro reais e setenta e seis centavos)**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido item 2 deste Anexo Técnico.

1.7 A avaliação da parte variável vinculada à meta de produção e ao Índice Global de Qualidade será consolidada ao final de cada trimestre. A verificação do cumprimento das metas contratuais será **mensal**, quando do não cumprimento destas metas o desconto deverá ocorrer nos meses subsequentes ao trimestre em que se realizou a respectiva consolidação das informações, respeitando a regulamentação do Art. 37 do Decreto Estadual 58.200/2025.

1.8 A meta do Indicador de Quantidade (produção) será consolidada trimestralmente, e em caso de não cumprimento da meta mensal pactuada, deverá ser efetuado o desconto nos meses subsequentes ao trimestre em que se realizou a respectiva consolidação das informações, podendo chegar até 20% do valor global do contrato do referido mês de descumprimento, observado o disposto nos critérios do item 2 deste Anexo Técnico e respeitando a regulamentação do Art. 37 do Decreto Estadual 58.200/2025.

1.9 As metas dos indicadores de Qualidade serão consolidadas trimestralmente, e em caso de não cumprimento das metas mensais pactuadas deverá ser efetuado o desconto nos meses subsequentes ao trimestre em que se realizou a respectiva consolidação das informações, podendo chegar até 10% do valor global do contrato do referido mês de descumprimento, observado o disposto nos critérios do item 2 deste Anexo Técnico e respeitando a regulamentação do Art. 38 do Decreto Estadual 58.200/2025.

1.10 Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 20º dia do mês seguinte, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela unidade.

1.11 As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), de acordo com os prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

1.12 As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas pelo **CONTRATANTE** através do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais ou outra solução determinada pela SES/PE, de acordo com as normas e prazos estabelecidos pela SES/PE.

1.13 A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula Sétima do Contrato de Gestão.

1.14 A cada período de 03 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade e produção que condicionam o valor do pagamento do valor variável. Os indicadores são avaliados mensalmente, mas consolidados e analisados trimestralmente para fins de alcance de metas e possíveis ajustes financeiros.

1.15 A **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando mensalmente as diferenças (a maior ou menor) ocorridas em relação às quantidades estabelecidas no Anexo Técnico I.

1.16 Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação do volume de atividades assistenciais ora estabelecidas, e quando necessário seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste trimestral do Contrato de Gestão.

1.17 A pactuação de serviços contratualizados neste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam e especificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

1.18 Além das atividades de rotina, a **UPA NOVA DESCOBERTA** **poderá** realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 2 do Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

## 2. SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

## 2.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas tabelas que se seguem e previstas no corpo deste Anexo.

2.1.1. A produção assistencial será avaliada com base nas quantidades estabelecidas para cada modalidade de atendimento previstas no Anexo Técnico I – Descrição dos Serviços. A variação na produção impactará proporcionalmente o valor a ser repassado à **CONTRATADA**, conforme a alocação dos recursos por tipo de despesa, respeitando os percentuais definidos na tabela abaixo.

**Tabela 1:** Tabela de Valoração Financeira do Indicador de Produção Assistencial

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de Atendimentos de Urgência e Emergência	Acima do volume contratado	17,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	17,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	14,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	11,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	8,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número de Atendimentos de Urgência e Emergência Odontológica	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

2.1.2 Os indicadores qualitativos, que compõem o Índice Global de Qualidade, estão diretamente ligados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho.

Para fins do valor do pagamento a ser efetuado à **CONTRATADA**, os respectivos indicadores gerarão uma variação proporcional especificada conforme tabela abaixo:

**Tabela 2:** Tabela de Valoração Financeira do Índice Global de Qualidade (IGQ)

PONTUAÇÃO DO ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE	VALOR A PAGAR
90 a 100	10% do valor global do contrato
80 a 89	8% do valor global do contrato
70 a 79	6% do valor global do contrato
60 a 69	4% do valor global do contrato
50 a 59	2% do valor global do contrato
< 50	0% do valor global do contrato

## ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO

Os indicadores adotados estão relacionados tanto à quantidade de atendimentos realizados (produção assistencial) quanto à qualidade do cuidado prestado aos usuários da **UPA NOVA DESCOBERTA**. Esses indicadores avaliam aspectos essenciais da efetividade da gestão e do desempenho da unidade, permitindo o monitoramento contínuo dos resultados alcançados na atenção às urgências e emergências.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Anualmente, os Indicadores serão reavaliados, podendo os mesmos ser alterados ou ainda introduzidos novos parâmetros e metas.

A cada ano, quando houver alterações nos indicadores, será elaborado novo manual que estabelecerá todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão. O Manual que subsidiará a avaliação do ano de 2026/2027 encontra-se descrito a seguir.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

Para fins de aferição e do pagamento correspondente à parte variável (30,0%) serão observados os indicadores especificados no Manual de Indicadores para a parte variável.

## **MANUAL DE INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL**

### **CONTRATO DE GESTÃO**

### **DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO**

#### **1. INTRODUÇÃO**

Este documento descreve os indicadores que serão avaliados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco na análise para repasse de 30% da parte variável (indicadores de produção e qualidade) do Contrato de Gestão em seus respectivos meses de avaliação. O monitoramento e avaliação de cada indicador será mensal, mas sua consolidação e análise ocorrerá de forma trimestral. Para efeitos de valoração financeira, considera-se o atingimento das metas mensais, que somente serão descontadas em caso de seu não cumprimento, após a avaliação trimestral, nos termos da Lei Nº 15.210/2013 e suas alterações e do Decreto 58.200/2025.

As fichas técnicas apresentadas neste instrumento têm por finalidade padronizar e qualificar a apuração dos indicadores previstos no Contrato de Gestão, estabelecendo critérios objetivos para sua mensuração, monitoramento e envio das informações à Secretaria Estadual de Saúde (SES), assegurando clareza, uniformidade e transparência na avaliação dos serviços prestados pela **CONTRATADA**.

#### **2. METAS E INDICADORES**

Estabelecem-se como indicadores determinantes do pagamento da parte variável.

##### **2.1 INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA:**

Tem por finalidade mensurar o volume de serviços assistenciais efetivamente prestados pela unidade de saúde, constituindo instrumento para o monitoramento da execução contratual e a verificação do cumprimento da meta pactuada, com vinculação aos recursos financeiros do contrato de gestão, conforme critérios definidos pela contratante.

**Tabela 3:** Quadro Geral de Indicadores Quantitativos de Produção

QUADRO GERAL DE INDICADOR DE QUANTIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Produção	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados.	Total de atendimentos realizados por médicos no serviço de urgência e emergência	Realizar <b>13.375 atendimentos de urgência/emergência</b> por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de Atendimentos de Urgência e Emergência Odontológica	Total de atendimentos realizados de Urgência e Emergência Odontológica	Realizar <b>786 atendimentos de Urgência e Emergência Odontológica</b> por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

## 2.1.1 FICHAS TÉCNICAS DO INDICADOR QUANTITATIVO - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

### 2.1.1.1 ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REALIZADOS

Nome	Atendimentos de Urgência e Emergência Realizados
Conceituação	<p>O indicador Atendimentos Médicos de Urgência e Emergência Realizados mensura a produção assistencial médica da unidade de saúde no âmbito da atenção às urgências e emergências, por meio da quantificação dos atendimentos médicos efetivamente realizados no serviço de urgência e emergência, em determinado período de referência.</p> <p>Para fins de apuração, consideram-se atendimentos médicos de urgência e emergência aqueles prestados por profissional médico aos usuários que acessam o serviço, independentemente da classificação de risco, desde que estejam de acordo com o escopo assistencial pactuado contratualmente e devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação adotados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE).</p> <p>Este indicador tem por finalidade mensurar o volume de atendimentos médicos realizados, subsidiando o acompanhamento da produção assistencial, o monitoramento da execução contratual e a verificação do cumprimento das metas quantitativas pactuadas.</p>
Importância	<p>O indicador Atendimentos de Urgência e Emergência é fundamental para o monitoramento da produção assistencial e da capacidade operacional da unidade de saúde, uma vez que mensura o volume de atendimentos médicos realizados na principal porta de entrada do sistema de urgência e emergência.</p> <p>Sua apuração permite avaliar o acesso da população aos serviços de urgência e emergência, identificando variações de demanda, sazonalidades e a adequação da oferta assistencial à capacidade instalada da unidade. Além disso, subsidia o planejamento e a organização dos fluxos assistenciais, contribuindo para a tomada de decisões gerenciais.</p> <p>No âmbito contratual, este indicador possui relevância estratégica, pois está diretamente vinculado à avaliação de desempenho e à execução financeira do contrato, compondo parcela do valor global pactuado. O acompanhamento sistemático do indicador assegura a transparência na mensuração da produção, reduz riscos de inconsistências e favorece o cumprimento das metas assistenciais estabelecidas.</p> <p>Por fim, o indicador constitui instrumento essencial para o controle, a fiscalização e a avaliação da gestão, permitindo à contratante e aos órgãos de controle verificar a efetiva prestação dos serviços contratados e a aderência da unidade às diretrizes do sistema de saúde.</p>
Meta	Realizar 13.375 atendimentos de urgência/emergência por mês.

<b>MéNome de Cálculo</b>	Atendimentos de Urgência e Emergência Realizados Numerador
<b>Conceituação</b>	<p>O indicador Atendimentos Médicos de Urgência e Emergência Realizados <b>Numerador</b>: Soma do Número de atendimentos médicos de urgência e emergência realizados no período de apuração.</p> <p><b>Critério de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atendimentos realizados por profissional médico no serviço de urgência e emergência da UPA;</li> <li>Atendimentos prestados por profissional médico aos usuários que acessam o serviço, independentemente da classificação de risco, desde que estejam de acordo com o escopo assistencial pactuado conforme protocolos assistenciais vigentes;</li> <li>Atendimentos realizados em regime de funcionamento ininterrupto (24 horas), incluindo plantões diurnos, noturnos, finais de semana e feriados;</li> <li>Atendimentos devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação adotados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE).</li> </ul> <p>Este indicador tem por finalidade mensurar o volume de atendimentos médicos realizados, subsidiando o acompanhamento da produção assistencial, o monitoramento da execução contratual e a verificação do cumprimento das metas quantitativas pactuadas.</p> <p><b>Critério de Exclusão:</b></p>
<b>Importância</b>	<p>O indicador Atendimentos de Urgência e Emergência é fundamental para o monitoramento da produção assistencial e a capacidade operacional da unidade de saúde, uma vez que mensura o volume de atendimentos médicos realizados na unidade porta de entrada do sistema de urgência e emergência.</p> <p>Sua aplicação permite avaliar o acesso da população aos serviços de urgência e emergência, identificando variações de demanda, sazonalidades e a adequação da oferta assistencial à capacidade instalada da unidade.</p> <p><b>Denominador:</b> Não se aplica, por tratar-se de indicador de quantidade. Além disso, subsidia o planejamento e organização dos fluxos assistenciais, contribuindo para a tomada de decisões gerenciais.</p>
<b>Definição</b>	<p>No âmbito contratual, este indicador possui relevância estratégica, pois está diretamente vinculado à avaliação de desempenho e à execução financeira do contrato, compondo parcela do valor global pactuado. O acompanhamento sistemático do indicador assegura a transparência na mensuração da produção, reduz riscos de inconsistências e favorece o cumprimento das metas assistenciais estabelecidas.</p> <p><b>Observações Técnicas:</b></p> <p>Por fim, este indicador constitui instrumento essencial para o controle, a fiscalização e a avaliação da gestão, permitindo a comparação e as ações de controle e verificação efetiva a prestação dos serviços contratados e a aderência da unidade às diretrizes do sistema de saúde.</p>
<b>Meta</b>	Realizar 13.375 atendimentos de urgência/emergência por mês.

<b>Método de Cálculo</b>	<p>Sobre a fonte de verificação, será realizada pelo Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais – <b>SIMAS</b> ou outra solução de tecnologia da informação e contabilidade (TIC) desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE).</p> <p><b>Denominador:</b> Soma do Número de atendimentos médicos de urgência e emergência realizados no período de apuração.</p> <p><b>Critério de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consideram-se apenas atendimentos médicos devidamente registrados nos sistemas oficiais;</li> <li>Atendimentos duplicados ou inconsistentes não devem ser computados;</li> <li>A apuração deverá respeitar os critérios contratuais vigentes.</li> </ul> <p><b>REFERÊNCIA:</b> Protocolos assistenciais vigentes;</p> <p><b>BRASIL. Ministério da Saúde e Política de Atenção às Urgências</b>. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atendimentos devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação adotados pela contratante.</li> </ul>
<b>2.1.1.2 NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA</b>	
<b>Nome</b>	<p>Número de Atendimentos de Urgência e Emergência Odontológica</p> <p><b>Critério de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Registros duplicados, inconsistentes ou cancelados no sistema de</li> </ul>



<b>Nome</b>	Número de Registro em sistema oficial e Emergência Odontológica
<b>Conceituação</b>	<p>O atendimento deve estar devidamente registrado nos sistemas oficiais de informação adotados pela SES/PE com data de realização de urgência/emergência profissional de saúde, prestados a usuários que apresentam condições odontológicas agudas que demandam intervenção imediata ou em tempo oportuno, em determinado período de referência.</p> <p>O atendimento deve ter ocorrido dentro do período de apuração do indicador.</p> <p>Para fins de apuração, consideram-se atendimentos de urgência e emergência odontológica aqueles realizados por cirurgião-dentista, inseridos no escopo assistencial pactuado contratualmente, e devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação adotados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), independentemente da localização em qualquer uma das seguintes situações:</p>
<b>Definição</b>	<p><b>5. Realização no período de referência</b></p> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <p><b>Devem ser excluídos do numerador os atendimentos que se enquadram em qualquer uma das seguintes situações:</b></p> <p>1. <b>Atendimentos eletivos ou programados</b> Consultas odontológicas agendadas, de rotina ou de caráter emergências, permitindo o acompanhamento de rotina de atendimentos realizados e a avaliação da capacidade da unidade em responder de forma oportuna às demandas odontológicas agudas da população.</p> <p>2. <b>Atendimentos fora do escopo contratual</b> Procedimentos não previstos no escopo assistencial pactuado para a Unidade subsidia a gestão e a regulação da oferta de serviços, contribuindo para a organização dos recursos humanos e a execução das atividades, por outros profissionais sob a supervisão do cirurgião-dentista e a verificação do cumprimento das metas quantitativas pactuadas.</p> <p>3. <b>Atendimentos não realizados por cirurgião-dentista</b> Atendimentos realizados por outros profissionais sob a supervisão do cirurgião-dentista e a verificação do cumprimento das metas quantitativas pactuadas.</p> <p>4. <b>Ausência ou inconsistência de registro</b> Do ponto de vista assistencial, a análise dos dados de informações para garantir a integridade, a consistência e a atualidade do registro odontológico em situações agudas e de urgência/emergência, tais como: aplicações infecciosas, traumas, abscessos, infecções, hemorragias, outros pontos da rede, fortalecendo a resolutividade do serviço e a continuidade do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.</p> <p>O desempenho deste indicador corresponde a <b>até 3,0% (três por cento)</b></p>
<b>Importância</b>	<p>Este indicador tem como finalidade avaliar a produção assistencial odontológica de urgência/emergência, permitindo o acompanhamento de rotina de atendimentos realizados e a avaliação da capacidade da unidade em responder de forma oportuna às demandas odontológicas agudas da população.</p> <p>O monitoramento não é previsto no escopo assistencial pactuado para a Unidade subsidia a gestão e a regulação da oferta de serviços, contribuindo para a organização dos recursos humanos e a execução das atividades, por outros profissionais sob a supervisão do cirurgião-dentista e a verificação do cumprimento das metas quantitativas pactuadas.</p> <p>Do ponto de vista assistencial, a análise dos dados de informações para garantir a integridade, a consistência e a atualidade do registro odontológico em situações agudas e de urgência/emergência, tais como: aplicações infecciosas, traumas, abscessos, infecções, hemorragias, outros pontos da rede, fortalecendo a resolutividade do serviço e a continuidade do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.</p> <p>O desempenho deste indicador corresponde a <b>até 3,0% (três por cento)</b></p>
<b>Meta</b>	Realizar 786 atendimentos odontológicos de urgência/emergência por mês. Percentual de alcance da meta <b>quantitativa pactuada</b> , conforme regras estabelecidas no contrato de gestão e seus respectivos anexos.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador
<b>Observações Técnicas:</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de atendimentos realizados de urgência/emergência entre a produção mensal efetivamente registrada e a meta odontológica realizados no período de apuração, observando os percentuais de alcance definidos contratualmente;</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b> As produções de urgência/emergência de produção deverão ser registradas e informadas mensalmente, <b>até o 20º dia do mês subsequente ao da produção</b>, por meio do SIMAS ou sistema que venha a substituí-lo;</p> <p><b>Devem ser incluídos no numerador os atendimentos que atendam cumulativamente aos seguintes critérios:</b></p> <p>1. <b>Atendimento odontológico de urgência ou emergência</b></p> <p><b>REFERÊNCIA:</b> Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção às Urgências, Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.</p> <p><b>2.2 INDICADORES DE QUALIDADE - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA</b></p> <p><b>2. Atendimento realizado por cirurgião-dentista</b></p> <p>Com o intuito de qualificar a análise dos indicadores de qualidade dos contratos de gestão foi desenvolvido um Índice Global de Qualidade, que abrange áreas essenciais como: Eficiência Assistencial, Protocolo de Dor Torácica, Protocolo de AVE, Protocolo de Seps e, Vigilância do Óbito, Atenção ao Usuário, Transparência e Educação Permanente. O índice, com o propósito assistencial pactuado de 100 pontos, tem seu resultado alcançado diretamente relacionado à sistemática de pagamento do Contrato de Gestão, incentivando a melhoria contínua e o cumprimento das metas estabelecidas.</p> <p>O atendimento deve estar previsto no escopo assistencial da unidade, conforme estabelecido no contrato de gestão ou</p>

Segue abaixo o Quadro Geral de Indicadores de Qualidade:

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO
						POR INDICADOR	POR GRUPO
EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes verdes.	Monitorar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de baixo risco (cor verde).	≤ 120 min	Pontuação: 5	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	27
			> 120 min ≤ 180 min	Pontuação: 3			
			> 180 min ≤ 240 min	Pontuação: 1			
			> 240 min	Pontuação: 0			
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes amarelos.	Acompanhar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de risco moderado (cor amarela).	≤ 60 min	Pontuação: 6	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	6	
			> 60 ≤ 120 min	Pontuação: 4			
			> 120 ≤ 180 min	Pontuação: 2			
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes vermelhos.	Monitorar o tempo entre a classificação de risco e o início do atendimento médico a pacientes classificados como de emergência (cor vermelha).	≤ 5 min	Pontuação: 7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	7	
			> 5 min e ≤ 6 min	Pontuação: 4			
			> 6 min e ≤ 10 min	Pontuação: 2			
> 10 min			Pontuação: 0				
Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h	Acompanhar a proporção de pacientes que retornam ao serviço de urgência ou emergência em até 24 horas após alta.	≤ 5%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5		
Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente.	Garantir que os incidentes de segurança sejam registrados, analisados e corrigidos em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	Envio do Relatório de Segurança do paciente.		Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4		
Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica	Garantir que pacientes com dor torácica tenham o eletrocardiograma realizado em tempo adequado após a chegada ao serviço de emergência.	≤ 10 min		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	7		
	Mensurar a eficiência						

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA		do atendimento inicial na UPA a		ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE		
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR 14 GRUPO
PROTOCOLO AVE	Tempo médio de espera para atendimento médico para pacientes verdes.	Monitorar o tempo de espera para atendimento médico em tempo adequado para classificação de risco moderado (cor suspeita de amarela).	≤ 120 min	Pontuação: 5	SIMAS ou outra solução determinada pela SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	7
			> 120 min ≤ 180 min	Pontuação: 3		
			> 180 min ≤ 240 min	Pontuação: 1		
			> 240 min	Pontuação: 0		
PROTOCOLO DE SEPSIS	Tempo médio de espera entre a classificação e o atendimento médico para pacientes amarelos.	Acompanhar o tempo de espera para avaliação médica imediata ou em tempo adequado para pacientes com risco moderado (cor suspeita de amarela).	≤ 60 min	Pontuação: 6	SIMAS ou outra solução SIMAS ou outra determinada pela SES/PE	7
			> 60 ≤ 120 min	Pontuação: 4		
			> 120 ≤ 180 min	Pontuação: 2		
			≤ 10 min	Pontuação: 0		
EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL	Tempo médio de espera entre a classificação e o atendimento no protocolo de médico para sepse.	Monitorar o tempo de espera entre a administração rápida da primeira dose de antibiótico para pacientes com de emergência (cor vermelha).	≤ 5 min	Pontuação: 7	SES/PE	7
			> 5 min e ≤ 6 min	Pontuação: 4		
			> 6 min e ≤ 10 min	Pontuação: 2		
			Revisão de 90% ou mais dos óbitos > 10 min	Pontuação: 0		
VIGILÂNCIA DO ÓBITO	Taxa de revisão dos óbitos institucionais	Acompanhar a proporção de óbitos que ocorreram após 24 horas de internação.	Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais.	Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	5
			Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais.			
			Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%			
			Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e < 90,0%			
ATENÇÃO AO USUÁRIO	Precocidade por Mesma Queixa Clínica em até 24h	Avaliar a percepção dos usuários sobre a qualidade do atendimento segurança sejam recebido, registrados, e a adequação das respostas fornecidas com o Programa Nacional de Seguranc	Aferir satisfação do usuário ≥ 70,0% e < 80,0%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2	12
			Aferir satisfação do usuário < 70%			
			Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas. Envio do Relatório de Segurança do paciente.			
			Atingir o grau desejado (100%) de			
TRANSPARÊNCIA	Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica	Garantir que torácica tenham o eletrocardiograma realizado em tempo adequado após a chegada ao serviço de emergência.	qualidade da publicação das informações de transparência.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	7	5
			Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de ≤ 10 min transparência.			
PROTOCOLO DE		Mensurar a eficiência Aferição mensal de do atendimento	publicação das informações de transparência.		3	

TIPO	Publicação das informações de transparência em conformância com as normativas vigentes.	transparência em consonância com as normativas vigentes.	ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE (50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.		Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Verificação de Transparência da	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	7 PONTUAÇÃO POR GRUPO
			Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.			
EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes verdes.	Monitorar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de baixo risco (cor verde).	≤ 120 min	Pontuação: 5	DGMCG/SECI/SES/PE	0	27
			> 120 min e ≤ 180 min	Pontuação: 3			
			> 180 min e ≤ 240 min	Pontuação: 2			
			> 240 min	Pontuação: 0			
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes amarelos.	Acompanhar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de risco moderado (cor amarela).	≤ 60 min	Pontuação: 6	Relatório da Comissão de SIMAS ou outra Educação Permanente, determinada pela enviado à SES, SES/PE	5	
			> 60 ≤ 120 min	Pontuação: 4			
			> 120 ≤ 180 min	Pontuação: 2;			
			> 180 min	Pontuação: 0			
	Taxa de Execução do Plano de amarelos.	Acompanhar a implementação das ações previstas no plano de amarelos.	70,0% a 79,9% das ações de educação em saúde	Pontuação: 5	anexo à	6	
			80,0% a 89,9% das ações de educação em saúde	Pontuação: 4			
90,0% a 99,9% das ações de educação em saúde			Pontuação: 3				
≥ 100,0% das ações de educação em saúde			Pontuação: 2				
Educação Permanente. Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes vermelhos.	Monitorar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de emergência (cor vermelha) de	≤ 5 min	Pontuação: 7	transmissão do SIMAS	1		
		> 5 min e ≤ 10 min	Pontuação: 4				
		> 10 min e ≤ 15 min	Pontuação: 2				
		> 15 min	Pontuação: 0				
Taxa de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Mesma Queixa Educação Clínica em até 24h	Acompanhar a adesão da equipe assistencial aos pacientes em nível superior de nível de atenção às ações de educação permanente	Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Relatório da Comissão de Educação Permanente, SIMAS ou outra enviado à SES, solução anexo a determinada pela transmissão do SES/PE SIMAS	5			
		Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.					
		Percentual menor que 60% de adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.					
		Percentual igual ou superior a 80,0% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.					
Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente.	Garantir que os incidentes de segurança sejam registrados, analisados e corrigidos em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do Relatório da SIMAS.	7			
		Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.					
		Percentual igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.					
		Percentual menor que 50% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.					
da Equipe Administrativa à Média de tempo Educação porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica	equipe administrativa Garantir que nas ações de educação permanente eletrocardiograma promovidas nela realizado em tempo adequado após a chegada ao serviço de emergência.	Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Comissão de Educação Permanente, SIMAS ou outra enviado à SES, solução determinada pela transmissão do SES/PE	5			
		Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.					
		Percentual igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.					
		Percentual menor que 50% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.					
<b>Total</b>	Mensurar a eficiência do atendimento				<b>100</b>		

Vale ressaltar que, para os indicadores cuja fonte de verificação seja o SIMAS, deve ser avaliada a viabilidade de mensuração por meio desse sistema. Caso a mensuração não seja possível via SIMAS, a Secretaria Estadual de Saúde poderá indicar um método alternativo para a apuração dos resultados.

## 2.2.1 FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES QUALITATIVOS - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

### EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL

#### 2.2.1.1 TEMPO MÉDIO ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O ATENDIMENTO MÉDICO PARA PACIENTES (POR GRAU DE URGÊNCIA: VERDE, AMARELO, VERMELHO)

<b>Nome</b>	Tempo Médio Entre a Classificação de Risco e o Atendimento Médico Para Pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho)
<b>Conceituação</b>	Avaliar a eficiência e a prontidão do serviço de urgência/emergência na resposta ao atendimento médico após a <b>classificação de risco</b> , de acordo com a prioridade clínica definida por grau de urgência.
<b>Importância</b>	Esse indicador mede o tempo, em minutos, entre a classificação de risco do paciente e o início do atendimento médico em serviços de urgência. Ele avalia a agilidade do serviço e ajuda a identificar atrasos no fluxo assistencial. É essencial para garantir a segurança dos pacientes, especialmente os mais graves, e para monitorar o cumprimento dos protocolos de risco. Também orienta melhorias na gestão da unidade e no dimensionamento da equipe.
<b>Meta</b>	Verde $\leq$ 120 min; Amarelo $\leq$ 60 min; Vermelho $\leq$ 5 min
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador
	<p><b>Numerador:</b> Soma do tempo em minutos entre a classificação de risco (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde) e o atendimento médico.</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de atendimentos no período (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde).</p> <p><b>Crítérios de Inclusão ( numerador e denominador):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes classificados nos graus de urgência: vermelho, amarelo ou verde;</li> <li>● Pacientes que receberam atendimento médico efetivo após a classificação de risco;</li> <li>● Inclui pacientes que receberam atendimento e foram a óbito ainda no pronto atendimento.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão ( numerador e denominador):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes classificados em outros graus (azul, branco ou sem classificação);</li> <li>● Pacientes que não foram atendidos por abandono, evasão ou transferência imediata antes da primeira consulta médica.</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Os dados utilizados para o cálculo devem ser extraídos preferencialmente de sistemas informatizados de gestão da unidade, com registros de data e hora da classificação de risco e do início do atendimento médico.</li> <li>● Na ausência de sistema informatizado, admite-se o uso de registros manuais em prontuário físico, desde que preenchidos de forma padronizada e auditável.</li> <li>● É fundamental que a hora da classificação de risco e a hora do atendimento médico estejam devidamente registradas em campo específico, com base no horário real da ocorrência (não retroativo).</li> </ul> <p><b>ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO</b> Estratificação: Classificação Verde:</p>

<b>Nome</b>	Tempo Médio Entre a Classificação de Risco e o Atendimento Médico Para Pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho)			
<b>Conceituação</b>	Avaliar a eficiência e a prontidão do serviço de urgência/emergência na resposta ao atendimento médico após a classificação de risco, de acordo com a prioridade clínica definida por grau de urgência.	≤ 120 min Dentro do tempo recomendado	Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.	
<b>Importância</b>	Esse indicador mede o tempo em minutos entre a classificação de risco do paciente e o início do atendimento médico em serviços de urgência. Ele avalia a agilidade do serviço e ajuda a identificar atrasos no fluxo assistencial. É essencial para garantir a segurança dos pacientes, especialmente os mais graves, e para monitorar o cumprimento dos protocolos de prática. Também orienta a gestão da unidade e no dimensionamento da equipe.	61-120 min Leve atraso	Atendimento dentro do limite máximo estabelecido localmente.	
<b>Meta</b>	Verde ≤ 120 min; Amarelo ≤ 60 min; Vermelho ≤ 30 min	> 240 min Atraso grave	Risco de agravamento clínico, perda de serviço, má gestão de fila.	
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador Estratificação: Classificação Amarela:			
<b>Definição</b>	<b>Numerador:</b> Soma do tempo em minutos entre a classificação de risco (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde) e o atendimento médico.	FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	
	<b>Denominador:</b> Número total de atendimentos no período (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde).	≤ 60 min Dentro do tempo recomendado	Atendimento dentro do padrão clínico recomendado.	
	<b>Critérios de Inclusão (numerador e denominador):</b>	61-120 min Leve atraso	Dentro do limite máximo estabelecido localmente.	
	● Pacientes classificados nos graus de urgência: vermelho, amarelo ou verde;	● Pacientes que receberam atendimento médico efetivo após a classificação de risco;	● Pacientes que receberam atendimento e foram a óbito ainda no pronto atendimento.	Indica sobrecarga ou ineficiência de fluxo.
	<b>Critérios de Exclusão (numerador e denominador):</b> Estratificação: Classificação Vermelha:			
	● Pacientes classificados em outros graus (azul, branco ou sem classificação);	● Pacientes que não foram atendidos por abandono, evasão ou transferência imediata antes da primeira consulta médica.		
<b>Observações:</b>	● Os dados utilizados para o cálculo devem ser extraídos preferencialmente de sistemas informatizados de gestão da unidade, com registros de data e hora da classificação de risco e do início do atendimento médico.	● Na ausência de sistema informatizado, admite-se o uso de registros manuais em prontuário físico, desde que preenchidos de forma padronizada e auditável.	● É fundamental que a hora da classificação de risco e a hora do atendimento médico estejam devidamente registradas em campo específico, com base no horário real da ocorrência (não retroativo).	
<b>ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO</b> Estratificação: Classificação Verde:	> 10 e ≤ 15 minutos Inadequado	Evidencia falhas no fluxo assistencial, dimensionamento insuficiente da equipe médica ou indisponibilidade imediata de profissional para atendimento.		
	> 15 minutos Crítico	Tempo inaceitável para atendimento de emergências, associado a aumento relevante de demandas simultâneas, fluxo assistencial ou limitações operacionais momentâneas		
<b>Observação 02:</b>	FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL	
● <b>Periodicidade de apuração:</b> Mensal;	≤ 120 min Dentro do tempo recomendado	Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.		
● <b>Responsável:</b> Coordenação médica da unidade e a equipe de monitoramento assistencial.	> 120 min Atraso moderado	Indicador de sobrecarga, escassez de profissionais e falhas no fluxo.		
<b>Referência:</b> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Programa de Qualificação				

<b>Nome</b>	Tempo Médio Entre a Classificação de Risco e o Atendimento Médico Para Pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho)ps://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualis-programa-de-qualificacao-dos-avaliar-a-eficiencia-e-a-prontidao-do-servico-de-urgencia/emergencia-na-resposta-prestadores-de-servicos-de-saude-1-versao-anterior-do-qualis/e-ace-02.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2025.													
<b>Conceituação</b>	Avaliar a eficiência e a prontidão do serviço de urgência/emergência na resposta ao atendimento médico após a <b>classificação de risco</b> , de acordo com a prioridade clínica definida por grau de urgência. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Seção 1, Brasília, DF, n. 33, p. 39, 18 fev. 2016. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 27 jun. 2025.													
<b>Importância</b>	Esse indicador mede o tempo, em minutos, entre a classificação de risco do paciente e o início do atendimento médico em serviços de urgência. Ele avalia a agilidade do serviço e ajuda a identificar atrasos no fluxo assistencial. É essencial para garantir a segurança dos pacientes, especialmente os mais graves, e para priorizar o cumprimento dos protocolos de risco. Também orienta melhorias na gestão da unidade e no dimensionamento da equipe. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-legal de organização da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvs.ssa.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2025.													
<b>Meta</b>	Verde ≤ 120 min, Amarelo ≤ 60 min, Vermelho ≤ 5 min													
<b>Método de Cálculo</b>	N/A													
	<p><b>Numerador:</b> Soma do tempo em minutos entre a classificação de risco (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde) e o atendimento médico.</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de atendimentos no período (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde).</p> <p><b>Crítérios de Inclusão ( numerador e denominador):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes classificados nos graus de urgência: vermelho, amarelo ou verde;</li> <li>● Pacientes que receberam atendimento médico efetivo após a classificação de risco;</li> <li>● Inclui pacientes que receberam atendimento e foram a óbito ainda no pronto atendimento.</li> </ul>													
<b>2.2.1.2 TAXA DE RETORNO PRECOCE POR MESMA QUEIXA CLÍNICA EM ATÉ 24H</b>														
<b>Nome</b>	<b>Crítérios de Inclusão ( numerador e denominador):</b> até 24h													
<b>Conceituação</b>	Este indicador representa a proporção de pacientes que retornam à mesma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em até 24 horas após o primeiro atendimento, por persistência, agravamento ou recidiva da mesma queixa clínica. Trata-se de um retorno não programado, que pode indicar falhas na condução clínica inicial, subavaliação da gravidade, ou inadequação da conduta. Também pode refletir problemas no acolhimento, na classificação de risco ou na comunicação com o paciente.													
<b>Importância</b>	Esse indicador de risco é utilizado para o cálculo de um ser extraído preferencialmente de sistemas informatizados de gestão da unidade, com registros de data e hora de atendimento contínuo da qual o usuário do sistema informatizado pode registrar informações operacionais em uma unidade física de atendimento que não pode ser comprovada. É fundamental que a hora da classificação de risco e a hora do atendimento sejam devidamente registradas em sistemas específicos de base de dados para a realização de análises estatísticas, subsidiando decisões sobre ajustes contratuais, capacitação da equipe, revisões de fluxos assistenciais. Trata-se, portanto, de um indicador estratégico para a gestão orientada por resultados e Estratificação de Risco: Classificação Verde: Quantidade no cuidado em saúde.													
<b>Meta</b>	≤ 5%													
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador X 100													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)</th> <th>CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO</th> <th>INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 120 min</td> <td>Dentro do tempo recomendado</td> <td>Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.</td> </tr> <tr> <td>121-180 min</td> <td>Leve atraso</td> <td>Possível gargalo ou aumento de demanda, mas ainda próximo ao padrão.</td> </tr> <tr> <td>181-240 min</td> <td>Atraso moderado</td> <td>Indicador de sobrecarga, escassez de profissionais ou falhas no fluxo.</td> </tr> </tbody> </table>		FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL	≤ 120 min	Dentro do tempo recomendado	Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.	121-180 min	Leve atraso	Possível gargalo ou aumento de demanda, mas ainda próximo ao padrão.	181-240 min	Atraso moderado	Indicador de sobrecarga, escassez de profissionais ou falhas no fluxo.
FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL												
≤ 120 min	Dentro do tempo recomendado	Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.												
121-180 min	Leve atraso	Possível gargalo ou aumento de demanda, mas ainda próximo ao padrão.												
181-240 min	Atraso moderado	Indicador de sobrecarga, escassez de profissionais ou falhas no fluxo.												

<b>Nome</b>	<b>Taxa de Retorno Precoces de Atendimento Queixa Clínica</b> e <b>Retorno Precoces de Atendimento Queixa Clínica</b> até 24h após o primeiro atendimento, com mesma queixa clínica por mês.
<b>Conceituação</b>	Este indicador representa a proporção de pacientes que retornam à mesma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em até 24 horas após o primeiro atendimento, por persistência, agravamento ou recidiva da mesma queixa clínica. Trata-se de um retorno não programado, que pode indicar falhas na condução clínica inicial, subavaliação da gravidade, ou inadequação da conduta. Também pode refletir problemas no acolhimento, na classificação de risco ou na comunicação com o paciente. <b>Critérios de Inclusão:</b> ● Pacientes que retornaram à mesma UPA em até 24 horas após o atendimento anterior. ● Retornos relacionados à <b>mesma queixa clínica</b> , considerando o mesmo CID ou sintomatologia registrada na ficha de atendimento. <b>Critérios de Exclusão:</b> ● Casos identificados por <b>vínculo entre atendimentos</b> (ID do paciente ou Esse indicador é um dos instrumentos-chave para o monitoramento contínuo da prontuário), com datas e horários compatíveis. ● Retornos programados (ex.: entrega de exames, curativo, revisões agendadas); ● Retornos por nova queixa não relacionada ao atendimento anterior; ● Casos com registros incompletos ou sem possibilidade de associação com o atendimento anterior.
<b>Importância</b>	Além disso, o acompanhamento da taxa de retornos precoces contribui para a avaliação da efetividade dos protocolos clínicos, subsidiando decisões sobre ajustes contratuais, capacitação da equipe, revisões de fluxos assistenciais. Trata-se, portanto, de um indicador estratégico para a gestão orientada por resultados e <b>Denominador:</b> Total de altas clínicas concedidas no período de apuração, referentes a atendimentos de urgência e emergência realizados na unidade.
<b>Meta</b>	≤ 5%
<b>Método de Cálculo</b>	<b>Critérios de Inclusão:</b> Numerador / Denominador X 100

**Definição**

- Receberam **alta clínica** após avaliação médica;
- Foram liberados para retorno ao domicílio;
- Possuam **registro completo no prontuário eletrônico ou físico**, com data e hora da alta devidamente registradas.

**Critérios de Exclusão:**

- Transferência para outra unidade de saúde;
- Óbito;
- Evasão ou saída sem atendimento;
- Permanência em observação prolongada sem caracterização de alta clínica no período;
- Retornos programados previamente (ex.: curativo, reavaliação agendada).

**Numerador:** Número de atendimentos de retorno realizados em até 24h após o primeiro atendimento, com mesma queixa clínica por mês.

**Observação 01:**

- **Periodicidade de apuração:** Mensal;

**Critérios de Inclusão:**

- Responsável: Coordenação médica da unidade e equipe de monitoramento assistencial;
- Pacientes que retornaram à mesma UPA em até 24 horas após o atendimento anterior.

**Referência:** os relacionados à **mesma queixa clínica**, considerando o mesmo BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 101 de 3 de dezembro de 2017. Redefine as diretrizes de identificação de **vínculo entre atendimentos** PAD 20h de retorno

Atendimento) no **completo** da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jan. 2017.

**Critérios de Exclusão:**

- Retornos programados (ex.: entrega de exames, curativo, revisões agendadas);
- Retornos por nova queixa não relacionada ao atendimento anterior;
- Casos com registros incompletos ou sem possibilidade de associação com o atendimento anterior.

**2.2.1.3 CONFORMIDADE COM O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)**

**Definição**

**Denominador:** Total de altas clínicas concedidas no período de apuração, referentes a atendimentos de urgência e emergência realizados na unidade.

**Critérios de Inclusão:**

- Receberam **alta clínica** após avaliação médica;
- Foram liberados para retorno ao domicílio;
- Possuam **registro completo no prontuário eletrônico ou físico**, com data e hora da alta devidamente registradas.

**Critérios de Exclusão:**

- Transferência para outra unidade de saúde;

<b>Nome</b>	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente
<b>Conceituação</b>	Este indicador mede o cumprimento da obrigatoriedade de envio regular do Relatório de Segurança do Paciente, conforme estabelecido pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS nº 529/2013 e regulamentado pela RDC nº 36/2013 da Anvisa.
<b>Importância</b>	O indicador fortalece a cultura de segurança do paciente ao institucionalizar práticas de vigilância e prevenção de riscos assistenciais. Além disso, garante a transparência na gestão dos eventos adversos, contribuindo para a responsabilização e para a melhoria contínua da qualidade do cuidado. Também subsidia a tomada de decisão por parte de gestores e profissionais, ao permitir análises periódicas de falhas e não conformidades. Cumpre ainda exigência normativa da Anvisa, sendo fundamental para a manutenção da regularidade sanitária das instituições de saúde. Por fim, funciona como instrumento de monitoramento institucional e contratual, podendo compor o quadro de indicadores dos contratos de gestão e das auditorias do SUS.
<b>Meta</b>	Envio do relatório de segurança do paciente.
<b>Método de Cálculo</b>	Não é aplicável. O critério de avaliação é o envio mensal do relatório, dentro do prazo estipulado e com os campos obrigatórios devidamente preenchidos.
<b>Definição</b>	<p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● O Relatório segurança do paciente é essencial para monitorar, analisar e promover a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados prestados aos pacientes pela CONTRATADA. Desempenha, ainda, um papel central na promoção de um ambiente assistencial mais seguro, na proteção do paciente e na garantia de transparência, conformidade e responsabilização institucional;</li> <li>● Esse instrumento deve conter o registro e a análise de eventos adversos, incidentes sem dano e quase falhas, além das ações corretivas e preventivas implementadas pela instituição. A avaliação da conformidade considera tanto o envio no prazo estabelecido, quanto à completude e a consistência das informações apresentadas;</li> <li>● A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos, alinhados às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que devem ser elaborados e implantados nas instituições de saúde. São eles: higiene das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação correta dos pacientes, prevenção de quedas e prevenção de lesões por pressão. Esses protocolos constituem instrumentos fundamentais para a construção de uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos locais de segurança do paciente, conforme disposto na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Anvisa;</li> <li>● As informações devem ser encaminhadas à Secretaria Estadual de Saúde (SES) por meio do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), garantindo a rastreabilidade dos dados, a transparência institucional e o cumprimento das diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), bem como das políticas de humanização da assistência.</li> </ul> <p><b>Referência da meta:</b> BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília - DF, [S. I.], p. 1-42, 1 jan. 2024.</p>

## INDICADORES RELACIONADOS AO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

## 2.2.1.4 MÉDIA DE TEMPO PORTA-ECG PARA PACIENTES NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

<b>Nome</b>	Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica
<b>Conceituação</b>	É um indicador de desempenho assistencial que mede o intervalo de tempo (em minutos) entre a chegada do paciente com dor torácica à unidade de pronto atendimento ou emergência (momento "porta") e a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG).
<b>Importância</b>	<p>O indicador de tempo porta-ECG possui grande relevância na assistência a pacientes com dor torácica, pois está diretamente associado ao diagnóstico precoce de condições graves, como o infarto agudo do miocárdio (IAM), que exige abordagem imediata. O eletrocardiograma (ECG) é o exame inicial mais acessível e rápido para a identificação de alterações cardíacas agudas, sendo fundamental para a definição da conduta clínica. A realização precoce do ECG contribui para a redução da mortalidade, uma vez que permite o início mais rápido do tratamento, reduzindo os riscos de complicações graves e aumentando as chances de sobrevivência do paciente.</p> <p>Além disso, o tempo porta-ECG é um parâmetro que reflete a eficiência do atendimento, pois mede a agilidade dos processos internos da unidade de saúde, como a triagem, o acolhimento e a priorização dos casos considerados graves. Sua aplicação também está alinhada às diretrizes internacionais, como as da American Heart Association (AHA) e da European Society of Cardiology (ESC), que recomendam a realização do ECG em até 10 minutos após a chegada do paciente ao serviço de urgência ou emergência.</p> <p>Por fim, trata-se de um importante indicador de controle de qualidade, utilizado em auditorias clínicas e processos de avaliação do desempenho hospitalar. Ele contribui para a identificação de falhas, o aprimoramento de protocolos assistenciais e a implementação de ações de melhoria contínua voltadas à segurança e à resolutividade no atendimento às síndromes coronarianas agudas.</p>
<b>Meta</b>	≤ 10 min
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador
	<p><b>Numerador:</b> Somatório dos tempos, em minutos, entre a hora de chegada (porta) e a hora de realização do primeiro ECG.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes incluídos no denominador;</li> <li>● ECG realizado na primeira abordagem da dor torácica;</li> <li>● Registro confiável de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hora da chegada (porta);</li> <li>○ Hora da realização do ECG.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ECG não realizado durante o atendimento;</li> <li>● ECG realizado tardiamente por outro motivo que não a dor torácica;</li> <li>● Falta de registro de horário de chegada ou horário do ECG;</li> <li>● ECG realizado após o primeiro atendimento clínico (ex: internado antes do ECG).</li> </ul> <p><b>Denominador:</b> Pacientes adultos atendidos por queixa de dor torácica sugestiva de síndrome coronariana aguda, com indicação clínica e registro válido de ECG realizado na unidade.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes adultos (≥18 anos); Com queixa principal de dor torácica (espontânea, de início súbito, recente);</li> <li>● Atendidos em serviço de urgência ou emergência;</li> </ul>

<b>Nome</b>	Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica																
<b>Conceituação</b>	<p>ou em observação);          É um indicador de desempenho assistencial que mede o intervalo de tempo (em minutos) entre a chegada do paciente com dor torácica à unidade de pronto atendimento ou emergência (momento "porta") e a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG).</p> <p><b>Indicação clínica de ECG (ex: suspeita de síndrome coronariana aguda - SCA)</b></p> <p><b>Indicadores de desempenho assistencial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicação clínica de ECG (ex: suspeita de síndrome coronariana aguda - SCA)</li> </ul>																
<b>Importância</b>	<p>O indicador de tempo porta-ECG possui grande relevância na assistência a pacientes de dor torácica, pois está diretamente associado ao diagnóstico precoce de condições graves, como infarto agudo do miocárdio (IAM) e necessita de intervenção imediata. O eletrocardiograma (ECG) é o exame inicial diagnóstico que contribui para a identificação de alterações cardíacas essenciais (arritmias), fundamental para a definição da conduta terapêutica a ser realizada.</p> <p><b>Exemplo de Método do Cálculo:</b></p> <table border="1" data-bbox="240 638 1021 891"> <thead> <tr> <th>Paciente</th> <th>Hora de chegada</th> <th>Hora do ECG</th> <th>Tempo (min)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>08:00</td> <td>08:08</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>08:15</td> <td>08:22</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>08:30</td> <td>08:45</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table> <p>Além disso, o tempo porta-ECG é um parâmetro que reflete a eficiência da unidade de saúde, desde a triagem, o acolhimento e a priorização dos casos considerados graves. Sua aplicação também está alinhada às diretrizes internacionais, como as da American Heart Association (AHA) e da European Society of Cardiology (ESC), que recomendam a realização do ECG em até 10 minutos após a chegada do paciente ao serviço de urgência ou emergência.</p> <p>Por fim, trata-se de um importante indicador de controle de qualidade, sendo utilizado para a avaliação do desempenho assistencial.</p> <p><b>Meta:</b> 30 minutos</p> <p><b>Observação 01:</b> Para a identificação de falhas, o aprimoramento de protocolos assistenciais e a implementação de ações de melhoria contínua voltadas à segurança e a efetividade no atendimento às síndromes coronarianas agudas.</p> <p><b>Observação 01:</b> Todo paciente com dor torácica visto na sala de emergência deve ser submetido imediatamente a um eletrocardiograma, o qual deverá ser prontamente interpretado (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B).</p>	Paciente	Hora de chegada	Hora do ECG	Tempo (min)	1	08:00	08:08	8	2	08:15	08:22	7	3	08:30	08:45	15
Paciente	Hora de chegada	Hora do ECG	Tempo (min)														
1	08:00	08:08	8														
2	08:15	08:22	7														
3	08:30	08:45	15														
<b>Meta</b>	≤ 10 minutos																
<b>Método de Cálculo</b>	$\text{Média porta-ECG} = \frac{\text{Somatório dos tempos em minutos}}{\text{Número de pacientes}}$																
<b>Definição</b>	<p><b>Numerador:</b> Somatório dos tempos, em minutos, entre a hora de chegada (porta) e a hora de realização do primeiro ECG.</p> <p><b>Denominador:</b> Número de pacientes com dor torácica.</p> <p><b>Definições:</b> Dor torácica - É a sensação de dor ou desconforto percebida de diversas formas, mas com localização na região anterior ou posterior do tórax.</p> <p><b>Crterios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes incluídos no denominador;</li> <li>● ECG realizado na primeira abordagem da dor torácica;</li> <li>● Dor tipo A: DEFINITIVAMENTE ANGINOSA: Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que dão certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independentemente dos exames complementares.</li> </ul> <p><b>Crterios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ECG não realizado durante o atendimento;</li> <li>● ECG realizado tardiamente por outro motivo que não a dor torácica;</li> <li>● Características faz da Síndrome Coronariana Aguda e, principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico. Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa, porém não se enquadra no protocolo de atendimento.</li> </ul> <p><b>Denominador:</b> Somatório dos tempos em minutos entre a hora de chegada (porta) e a hora de realização do primeiro ECG.</p> <p><b>Definições:</b> Dor torácica - É a sensação de dor ou desconforto percebida de diversas formas, mas com localização na região anterior ou posterior do tórax.</p> <p><b>Crterios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes adultos com dor torácica que não se adapta à terapia empírica de início sintomático;</li> <li>● Dor tipo D: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo E: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo F: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo G: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo H: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo I: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo J: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo K: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo L: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo M: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo N: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo O: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo P: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo Q: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo R: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo S: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo T: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo U: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo V: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo W: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo X: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo Y: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> <li>● Dor tipo Z: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não fazem pensar em Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, a dor é considerada anginosa;</li> </ul>																

<b>Nome</b>	Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica
<b>Conceituação</b>	<p>É um indicador de desempenho assistencial que mede o intervalo de tempo (em minutos) entre a chegada do paciente com dor torácica à unidade de pronto atendimento ou emergência (momento "porta") e a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG), com interpretação imediata (menor 10 minutos) <b>sem passar por processo administrativo na recepção</b></p> <p><b>Eletrocardiograma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Primeiro eletrocardiograma:</b> Realizado na triagem para todo paciente que chegar relatando dor torácica (Dor Tipo A, B, C, e D), realização do primeiro eletrocardiograma (ECG), com interpretação imediata (menor 10 minutos)</li> </ul>
<b>Importância</b>	<p>O indicador de tempo porta-ECG possui grande relevância na assistência a pacientes com dor torácica, pois está diretamente associado ao diagnóstico precoce de condições graves, como o infarto agudo do miocárdio (IAM), devendo ser abordado imediatamente. O eletrocardiograma (ECG) é a característica da dor torácica e sempre para a identificação das alterações cardíacas, podendo ser a base para a definição da conduta clínica. A realização prévia do ECG contribui para a redução da mortalidade em uma vez que permite (do tipo mais cedo) do tratamento, reduzindo os riscos de complicações graves e aumentando as chances de sobrevivência do paciente.</p> <p>Além disso, o tempo porta-ECG é um parâmetro que reflete a eficiência do atendimento prestado na unidade de pronto atendimento, o acolhimento e a priorização dos casos considerados graves. Sua aplicação também está alinhada às diretrizes internacionais, como as da American Heart Association (AHA) e da European Society of Cardiology (ESC), que recomendam a realização do ECG em até 10 minutos após a chegada do paciente ao serviço de urgência ou emergência.</p> <p>Por fim, trata-se de um importante indicador de controle de qualidade, utilizado em auditorias clínicas e processos de avaliação do desempenho suspeita de síndrome coronariana aguda em ambiente extra-hospitalar hospitalar. Ele contribui para a identificação de falhas, o aprimoramento deve, idealmente, ser feita por profissional de saúde, com realização de protocolos assistenciais e a implementação de ações de melhoria uma história clínica direcionada, investigando as características dos sintomas atuais. O eletrocardiograma executado no local de atendimento e interpretado por um médico habilitado (na ambulância ou em local</p>
<b>Meta</b>	≤ 10 min mostrou ser um método que reduz em 34% o tempo porta-agulha e em 18% o tempo porta-balão além de uma tendência à redução da mortalidade intrahospitalar em pacientes com IAMCST.
<b>Método de Cálculo</b>	<p><b>Numerador:</b> Somatório dos tempos, em minutos, entre a hora de chegada do paciente à unidade de pronto atendimento e a realização do primeiro ECG.</p> <p><b>Denominador:</b> Número de pacientes atendidos no protocolo de dor torácica.</p> <p><b>Clínicos:</b> protocolo de conduta no atendimento da dor torácica. [S. I.]: HCor, 18 jun. 2021. p. I-24.</p> <p><b>Crterios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes incluídos no denominador;</li> <li>● ECG realizado na primeira abordagem da dor torácica;</li> <li>● Registro confiável de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hora da chegada (porta);</li> <li>○ Hora da realização do ECG;</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Crterios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ECG não realizado durante o atendimento;</li> <li>● ECG realizado tardiamente por outro motivo que não a dor torácica;</li> <li>● Falta de registro de horário de chegada ou horário do ECG;</li> <li>● ECG realizado após o primeiro atendimento clínico (ex: internado)</li> </ul>

**2.2.1.5 TEMPO MÉDIO DE PORTA-SAÍDA DA UPA**

<b>Nome</b>	Tempo Médio de Porta-Saída da UPAdidos por queixa de dor torácica	
<b>Conceituação</b>	<p>sugestiva de síndrome coronariana aguda, com indicação clínica e registro válido de ECG realizado na unidade.</p> <p>Mede o intervalo de tempo, em minutos, entre a chegada do paciente à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com sintomas compatíveis e a confirmação diagnóstica de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST), até a sua saída para transporte ao hospital de referência.</p> <p><b>Crterios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes adultos (≥18 anos);Com queixa principal de dor torácica (espontânea, de início súbito, recente);</li> <li>● Atendidos em serviço de urgência ou emergência;</li> <li>● Entrada registrada como porta de entrada principal (não internados ou em observação);</li> <li>● Indicação clínica de ECG (ex: suspeita de síndrome coronariana</li> </ul>	

<b>Nome</b>	Tempo Médio de Porta-Saída da UPA
<b>Conceituação e Importância</b>	Avaliar a eficiência do atendimento inicial prestado pela UPA, abrangendo a triagem, a realização do eletrocardiograma, a confirmação diagnóstica, a estabilização clínica e o acionamento da Mede o intervalo de tempo, em minutos, entre a chegada do paciente à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a regulação. A mensuração permite identificar possíveis gargalos internos, garantindo que a unidade atue de forma com sintomas compatíveis e a confirmação diagnóstica de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento célere e organizada, reduzindo o tempo total até a repertusão e, conseqüentemente, melhorando a sobrevida e o prognóstico dos pacientes. Por se referir exclusivamente às etapas sob a responsabilidade da UPA, o indicador reflete de forma fidedigna a qualidade assistencial inicial e promove a melhoria contínua dos processos internos, sem sofrer influência de fatores externos como transporte ou disponibilidade imediata do hospital de destino.

**Meta** ≤ 30 min para os casos de IAMCSST confirmados.

**Método de Cálculo** Numerador / Denominador

<b>Importância</b>	<p><b>Fórmula do Cálculo:</b> Este indicador tem por finalidade avaliar a eficiência do atendimento inicial prestado pela UPA, abrangendo a triagem, a realização do eletrocardiograma, a confirmação diagnóstica, a estabilização clínica e o acionamento da Mede o intervalo de tempo, em minutos, entre a chegada do paciente à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a regulação. A mensuração permite identificar possíveis gargalos internos, garantindo que a unidade atue de forma com sintomas compatíveis e a confirmação diagnóstica de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento célere e organizada, reduzindo o tempo total até a repertusão e, conseqüentemente, melhorando a sobrevida e o prognóstico dos pacientes. Por se referir exclusivamente às etapas sob a responsabilidade da UPA, o indicador reflete de forma fidedigna a qualidade assistencial inicial e promove a melhoria contínua dos processos internos, sem sofrer influência de fatores externos como transporte ou disponibilidade imediata do hospital de destino.</p> <p><b>Numerador:</b> Soma do tempo de permanência de todos os pacientes com (IAM com supra) no período, ou seja, cada paciente contribui com o tempo que ficou na UPA da chegada até a saída.</p>
--------------------	---

**Meta** ≤ 30 min para os casos de IAMCSST confirmados.

**Método de Cálculo** Numerador / Denominador

- Pacientes atendidos na UPA durante o período de avaliação;
- Pacientes com diagnóstico confirmado de IAM com supra;

<b>Fórmula do Cálculo:</b>	$\text{Tempo Médio de Porta-Saída (min)} = \frac{\text{Total de minutos que os pacientes permaneceram na UPA, da entrada até a saída}}{\text{Número total de pacientes incluídos no período}}$
----------------------------	--

**Denominador:** Número total de pacientes incluídos no período de avaliação.  
**Numerador:** Soma do tempo de permanência de todos os pacientes com (IAM com supra) no período, ou seja, cada paciente contribui com o tempo que ficou na UPA da chegada até a saída.

**Critérios de inclusão:**

- Todos os pacientes considerados no numerador.

**Critérios de exclusão:**

- Pacientes atendidos na UPA durante o período de avaliação;
- Pacientes com diagnóstico confirmado de IAM com supra;
- Pacientes excluídos do numerador ( sem confirmação de IAM com supra ou óbito antes da transferência).
- Pacientes transferidos para hospitais de referência.

**Exemplo de cálculo:**

**Critérios de exclusão do numerador:**

- Registros duplicados ou inconsistentes.
- Pacientes que evoluíram a óbito antes da transferência para hospital de referência

**Denominador:** Número total de pacientes incluídos no período de avaliação.

	PACIENTES	TEMPO ( minutos)
Paciente 1	IAM com supra transferido para hospital de referência.	25 minutos na UPA
Paciente 2	IAM com supra transferido para hospital de referência.	30 minutos na UPA
Paciente 3	IAM com supra transferido para hospital de referência.	28 minutos na UPA

**Denominador:** 25+30+28 = 83 minutos

**Exemplo de cálculo:**

	PACIENTES	TEMPO ( minutos)
Tempo Médio de Porta-Saída = 83 ÷ 3 = 27,6 minutos		
Meta para esse indicador = <b>30 minutos</b>		
Paciente 1	IAM com supra transferido para hospital de referência.	25 minutos na UPA
Paciente 2	IAM com supra transferido para hospital de referência.	30 minutos na UPA
Paciente 3	IAM com supra transferido para hospital de referência.	28 minutos na UPA

**Numerador:** 25+30+28 = 83 minutos

**Denominador:** 3 pacientes

**Tempo Médio de Porta-Saída:** 83 ÷ 3 = 27,6 minutos

Nome	<b>Tempo Médio de Porta-Saída da UPADROME CORONARIANA AGUDA</b>		
<b>Conceituação</b>	Mede o intervalo de tempo, em minutos, entre a chegada do paciente à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com sintomas compatíveis e a confirmação diagnóstica de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST), até a sua saída para transporte ao hospital de referência.	Quantidade	Desconforto difuso, constritiva ou em peso
<b>Anamnese</b>	Dor típica	Localização	Retroesternal
		Irradiação	Ombro, braço E, braço D, pescoço ou mandíbula
		Não alterada por	Posição, movimento, palpação
		Início	Geralmente em repouso
<b>Definição</b>	Este indicador tem por finalidade avaliar a eficiência do atendimento inicial prestado pela UPA, abrangendo a triagem, a realização do eletrocardiograma, a confirmação diagnóstica, a estabilização clínica e o acionamento da regulação. A mensuração permite identificar possíveis gargalos internos, garantindo que a unidade atue de forma célere e organizada, reduzindo o tempo total até a reperfusão e, consequentemente, melhorando a sobrevida e o prognóstico dos pacientes. Por se referir exclusivamente às etapas sob a responsabilidade da UPA, o indicador reflete de forma fidedigna a qualidade assistencial inicial e promove a melhoria contínua dos processos internos, sem sofrer influência de fatores externos como transporte ou disponibilidade imediata do hospital de destino.		
<b>Importância</b>	Sinais e sintomas: Sudorese, náuseas, vômitos associados ou dispnéia		
<b>Meta</b>	≤ 30 min para os casos de IAMCSST confirmados. Fatores de risco de DAC precoce (homem < 55 e mulher < 65 anos). Tabagismo, HAS, dislipidemia, DM e história familiar		
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador	de risco de DAC precoce (homem < 55 e mulher < 65 anos).	
<b>Fórmula do Cálculo:</b>	ECG IAMCSST	Supradesnívelamento ST em 2 ou mais derivações	
<b>Tempo Médio de Porta-Saída (min) = <math>\frac{\text{Total de minutos que os pacientes permaneceram na UPA, da entrada até a saída}}{\text{Número total de pacientes incluídos no período}}</math></b>			
<b>Numerador:</b> Somente o tempo de permanência de todos os pacientes com IAMCSST com supra) no período, ou seja, cada paciente contribui com o tempo que ficou na UPA da chegada até a saída.	<b>Critérios de inclusão:</b> ● Pacientes atendidos na UPA durante o período de avaliação; ou CK-MB. Na admissão ● Pacientes com diagnóstico confirmado de IAM com supra; ● Pacientes transferidos para hospitais de referência. Após 6 - 9h da dor	Após 9-12h da dor	VN = acima do percentil 99 do kit utilizado
	<b>Critérios de exclusão do numerador:</b> ● Registros duplicados ou inconsistentes ● Pacientes que evoluíram a óbito antes da transferência para hospital de referência	Após 12h da dor	Após 12h da dor
<b>Denominador:</b> Número total de pacientes incluídos no período de avaliação.			
<b>Fonte:</b> PROTOCOLO CLÍNICO SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS, 2023.			
<b>Critérios de inclusão:</b>			
● <b>DESCRIÇÃO DO SERVIÇO NA UPA DIANTE DE PACIENTES COM DOR TORÁCICA SUGESTIVA DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA)</b>			
● Todos os pacientes considerados no numerador.			
<b>Critérios de exclusão:</b>			
A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), diante de pacientes com queixa de dor torácica, deve adotar conduta imediata conforme protocolos clínicos e diretrizes vigentes, visando diagnóstico rápido, estabilização inicial e encaminhamento ágil para unidade hospitalar de referência.			
<b>Exemplo de cálculo:</b>			
As ações incluem:	<b>PACIENTES</b>	<b>TEMPO ( minutos)</b>	
● <b>Identificação e acolhimento imediato do paciente</b> com dor torácica considerando prioridade clínica; Paciente 1	IAM com supra transferido para hospital de referência	25 minutos na UPA	
● <b>Realização do eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos após a chegada</b> , para auxiliar na definição diagnóstica de Síndrome Coronariana Aguda (com ou sem supra de ST);	Paciente 2	IAM com supra transferido para hospital de referência	
● <b>Monitorização contínua dos sinais vitais</b> e avaliação clínica detalhada;	Paciente 3	IAM com supra transferido para hospital de referência	
● <b>Estabilização inicial do paciente</b> , com suporte ventilatório e clínico conforme necessidade;	Paciente 4	IAM com supra transferido para hospital de referência	
● <b>Administração das medicações preconizadas nos protocolos</b> (ex.: ácido acetilsalicílico, antiagregantes, nitratos, oxigênio);	Paciente 5	IAM com supra transferido para hospital de referência	
● <b>Comunicação imediata com o Central de Regulação</b> para solicitação de vaga e definição da unidade hospitalar de referência para dar continuidade ao tratamento definitivo;	Paciente 6	IAM com supra transferido para hospital de referência	
● <b>Manutenção de cuidados e monitorização até a transferência</b> , garantindo segurança clínica durante o tempo de permanência na UPA.	Paciente 7	IAM com supra transferido para hospital de referência	
Numerador: 25 + 30 + 28 = 83 minutos	Denominador: 3 pacientes	Tempo Médio de Porta-Saída: 83 ÷ 3 = 27,6 minutos	

<b>Nome</b>	Tempo Médio de Porta-Saída da UPA
<b>Conceituação</b>	Mede o intervalo de tempo em minutos, entre a chegada do paciente à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com sintomas compatíveis e a confirmação diagnóstica de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento de segmento ST (IAMCSST), até a sua saída para transporte ao hospital de referência.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG. *Protocolo clínico: síndromes coronarianas agudas*. [S. l.]: UFMG, 2023. p. 1-46.  
 SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Cardiologia Clínica. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST* - 2021. [S. l.]: SBC, 2021. p. 1-84.

<b>Importância</b>	Este indicador tem por finalidade avaliar a eficiência do atendimento inicial prestado pela UPA, abrangendo a triagem, a realização do eletrocardiograma, a confirmação diagnóstica, a estabilização clínica e o acionamento da regulação. A mensuração permite identificar possíveis gargalos internos, garantindo que a unidade atue de forma célere e organizada, reduzindo o tempo total até a reperfusão e, conseqüentemente, melhorando a sobrevida e o prognóstico dos pacientes. Por se referir exclusivamente às etapas sob a responsabilidade da UPA, o indicador reflete de forma fidedigna a qualidade assistencial inicial e promove a melhoria contínua dos processos internos, sem sofrer influência da unidade do hospital de destino.
--------------------	--

<b>Meta</b>	≤ 30 min para os casos de IAMCSST confirmados
<b>2.2.1.6 MÉDIA DE TEMPO ENTRE A ADMISSÃO E A AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL DE PACIENTES COM SUSPEITA DE AVE</b>	
<b>Cálculo</b>	Numerador / Denominador

<b>Nome</b>	Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE.
-------------	--

<b>Conceituação</b>	Este indicador mede o tempo médio, em minutos, entre o horário oficial de admissão do paciente na unidade de saúde (ou seja, o registro de entrada documentado no sistema institucional como hora de admissão administrativa ou clínica) e o momento da primeira avaliação médica formal registrada em prontuário nos casos com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE). <b>Tempo Médio de Porta-Saída (min) =</b> $\frac{\text{Total de minutos que os pacientes permaneceram na UPA, da entrada até a saída}}{\text{Número total de pacientes incluídos no período}}$
---------------------	---

<b>Importância</b>	Essencial para garantir a efetividade da linha de cuidado ao AVE, principalmente nos casos isquêmicos em que há janela terapêutica limitada para trombólise. O AVE é uma emergência médica tempo-dependente, na qual a agilidade no diagnóstico e no início do tratamento está diretamente associada a melhores desfechos clínicos, com maior chance de recuperação das funções físicas e cognitivas ou óbito. Nesse contexto, a média de tempo entre a admissão na unidade de saúde e a realização da avaliação médica inicial constitui um indicador essencial para a aferição da eficiência do fluxo de atendimento em situações de urgência neurológica. Este indicador contribui para a qualificação da assistência prestada e para o fortalecimento da segurança do paciente.
--------------------	---

<b>Meta</b>	≤ 10 min. Todos os pacientes considerados no numerador.
-------------	--

<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador
--------------------------	-------------------------

<b>Exemplo de cálculo:</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PACIENTES</th> <th>TEMPO ( minutos)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <b>Critérios de Inclusão:</b>            Paciente 1: IAM com supra transferido para hospital de referência            ● Número total de pacientes com suspeita de AVE;            ● Pacientes com suspeita de AVE descartada antes de qualquer registro de avaliação médica formal em prontuário;            Paciente 2: IAM com supra transferido para hospital de referência.            ● Casos com registro válido do horário de admissão e do horário da avaliação médica inicial;            Paciente 3: Atendimento em UPA com transferência de emergência para hospital de referência.            ● Atendimento em UPA com registro de entrada.         </td> <td>           25 minutos na UPA             30 minutos na UPA             28 minutos na UPA         </td> </tr> </tbody> </table>	PACIENTES	TEMPO ( minutos)	<b>Critérios de Inclusão:</b> Paciente 1: IAM com supra transferido para hospital de referência ● Número total de pacientes com suspeita de AVE; ● Pacientes com suspeita de AVE descartada antes de qualquer registro de avaliação médica formal em prontuário; Paciente 2: IAM com supra transferido para hospital de referência. ● Casos com registro válido do horário de admissão e do horário da avaliação médica inicial; Paciente 3: Atendimento em UPA com transferência de emergência para hospital de referência. ● Atendimento em UPA com registro de entrada.	25 minutos na UPA  30 minutos na UPA  28 minutos na UPA
PACIENTES	TEMPO ( minutos)				
<b>Critérios de Inclusão:</b> Paciente 1: IAM com supra transferido para hospital de referência ● Número total de pacientes com suspeita de AVE; ● Pacientes com suspeita de AVE descartada antes de qualquer registro de avaliação médica formal em prontuário; Paciente 2: IAM com supra transferido para hospital de referência. ● Casos com registro válido do horário de admissão e do horário da avaliação médica inicial; Paciente 3: Atendimento em UPA com transferência de emergência para hospital de referência. ● Atendimento em UPA com registro de entrada.	25 minutos na UPA  30 minutos na UPA  28 minutos na UPA				
<b>Denominador:</b>	Total de pacientes com suspeita de AVE que efetivamente receberam avaliação médica inicial registrada em prontuário, no período analisado.				
<b>Numerador:</b>	25 + 30 + 28 = 83 minutos				
<b>Tempo Médio de Porta-Saída:</b>	$83 \div 3 = 27,6$ minutos				

<b>Nome</b>	Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE.
<b>Conceituação</b>	<p>Este indicador mede o tempo médio, em minutos, entre o horário oficial de admissão do paciente na unidade de saúde (ou seja, o registro de entrada documentado no sistema institucional como hora de admissão administrativa ou clínica) e o momento da primeira avaliação médica formal registrada em prontuário nos casos com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE) de entrada da unidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes admitidos na unidade de saúde com registro de suspeita de AVE (Isquêmico, hemorrágico ou indeterminado);</li> <li>● Casos com registro válido de horário de admissão e de horário da primeira avaliação médica formal;</li> <li>● Atendimento realizado em ambiente de urgência/emergência ou porta de entrada da unidade;</li> </ul>
<b>Importância</b>	<p>É utilizado para monitorar a agilidade na triagem e atendimento inicial, essencial para garantir a efetividade da linha de cuidado ao AVE, principalmente nos casos isquêmicos em que há janela terapêutica limitada</p> <p><b>Critérios de Exclusão:</b> é uma emergência médica tempo-dependente, na qual a rapidez com que o paciente é avaliado antes da avaliação médica formal influencia nos melhores desfechos clínicos, com maior chance de recuperação funcional e redução de custos de sequelas e do óbito. Nesse contexto, a média de tempo entre a admissão do paciente na unidade de saúde e a realização da avaliação médica formal é um consistente (ex: ausência de registro de horário de admissão ou avaliação médica, ou incompatibilidade entre horários).</p> <p>Este indicador foi para a qualificação da assistência prestada e para o fortalecimento da segurança do paciente.</p> <p><b>Observações metodológicas:</b></p>
<b>Meta</b>	≤ 10 minutos; tempo deve ser calculado em minutos;
<b>Método de Cálculo</b>	<p>● Considerar o horário exato do registro de chegada (admissão) e o horário da primeira avaliação médica documentada;</p> <p><b>Numerador:</b> Soma, em minutos, do tempo decorrido entre o horário de admissão e o horário da primeira avaliação médica formal registrada em prontuário, para cada paciente com suspeita de AVE.</p> <p>● A análise pode ser feita mensalmente ou por turno, conforme o fluxo assistencial da unidade.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Número total de pacientes com suspeita de AVE;</li> </ul> <p><b>Definições clínicas:</b></p> <p>● Pacientes com suspeita de AVE descartada antes de qualquer registro de avaliação médica formal em prontuário;</p> <p><b>AVC Isquêmico (AVCI)</b> - É déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, causada pela lesão de uma região cerebral decorrente da redução local da oferta de oxigênio, em razão do comprometimento do fluxo sanguíneo tecidual (isquemia).</p> <p>● Atendimento realizado em ambiente de urgência/emergência ou porta de entrada da unidade hospitalar.</p> <p><b>AVC hemorrágico (AVCH)</b> - É o déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e de rápida evolução, causada pela lesão de uma região cerebral decorrente de hemorragia intracerebral não-traumática espontânea.</p> <p><b>Denominador:</b> Total de pacientes com suspeita de AVE que efetivamente receberam avaliação médica inicial registrada em prontuário, no período analisado.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <p>● Pacientes admitidos na unidade de saúde com registro de suspeita de AVE (Isquêmico, hemorrágico ou indeterminado) e a admissão e a avaliação médica registrada em prontuário como suspeita de AVE seja igual ou inferior a 10 (dez) minutos, de diretrizes clínicas e protocolos assistenciais vigentes.</p> <p>● Atendimento realizado em ambiente de urgência/emergência ou porta de entrada da unidade;</p> <p><b>Referência:</b></p> <p>● Casos de primeiro atendimento no episódio (não retornos), em qualquer turno do HOSPITAL DO CORAÇÃO - HCor. <i>Protocolo de acidente vascular cerebral</i>. [S. l.]: HCor, 1 jan. 2012. p. 1-40.</p> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes com suspeita de AVE descartada antes da avaliação médica formal;</li> <li>● Pacientes que foram transferidos, evadidos ou evoluíram para óbito antes da avaliação médica;</li> <li>● Casos com dados ausentes ou inconsistentes (ex: ausência de registro de horário de admissão ou avaliação médica, ou incompatibilidade entre horários).</li> </ul> <p><b>Observações metodológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● O tempo deve ser calculado em minutos;</li> <li>● Considerar o horário exato do registro de chegada (admissão) e o</li> </ul>

**2.2.1.7 MÉDIA DE TEMPO PORTA-ANTIBIÓTICO DOS PACIENTES NO PROTOCOLO DE SEPSE**

**INDICADOR RELACIONADO AO PROTOCOLO DE SEPSE**

**DE SEPSE**

<b>Nome</b>	Média de tempo porta-antibiótico dos pacientes no protocolo de sepse.
<b>Conceituação</b>	Este indicador mede o tempo médio, em minutos, entre o horário de entrada do paciente na unidade de saúde (tempo porta) e a administração da primeira dose de antibiótico, nos casos em que foi ativado o protocolo de sepse.
<b>Importância</b>	A administração precoce de antibiótico, preferencialmente <b>na primeira hora após o reconhecimento da sepse</b> , é um dos fatores mais críticos para a <b>redução da mortalidade</b> . Estudos internacionais e diretrizes como a <i>Surviving Sepsis Campaign</i> demonstram que atrasos na antibioticoterapia aumentam significativamente o risco de óbito. Monitorar esse tempo permite avaliar a efetividade da <b>linha de cuidado do paciente com sepse</b> , promovendo intervenções oportunas, integradas e baseadas em evidências. O indicador também está alinhado às metas internacionais de segurança do paciente e qualificação da assistência em situações de urgência e emergência.
<b>Meta</b>	≤ 60 min
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador
<b>Definição</b>	<p>Tempo médio porta-antibiótico = soma de todos os tempos ( em minutos) entre a chegada e antibiótico / Número de pacientes incluídos.</p> <p><b>Numerador:</b> Soma de todos os tempos (em minutos) entre a chegada e o antibiótico.</p> <p><b>Critério de Inclusão:</b> Tempo individual (em minutos ou horas) entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Horário de chegada (porta) do paciente à unidade de saúde (momento da triagem, acolhimento ou primeiro registro no sistema);</li> <li>● E o horário da administração do primeiro antibiótico.</li> </ul> <p><b>Observação:</b> Inclui apenas os pacientes que compõem o denominador, ou seja, aqueles que atenderam todos os critérios de inclusão.</p> <p><b>Critério de Exclusão:</b> Pacientes transferidos de outras unidades onde já haviam recebido antibiótico</p> <p><b>Denominador:</b> Número de pacientes incluídos.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes com suspeita de sepse ou sepse confirmada que: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Foram atendidos em unidade de emergência (UPA, pronto-socorro) ou pronto atendimento hospitalar;</li> <li>❖ Tiveram registro do horário de chegada (porta) e do horário da administração do antibiótico.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Critério de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Casos de sepse não reconhecida inicialmente (protocolo não acionado).</li> <li>● Pacientes que não receberam antibiótico.</li> <li>● Casos com dados incompletos ou inconsistentes, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ausência de registro do horário de chegada.</li> <li>❖ Falta de registro da administração do antibiótico.</li> </ul> </li> <li>● Pacientes transferidos de outras unidades onde já haviam recebido antibiótico.</li> <li>● Casos pediátricos (se o protocolo for específico para adultos).</li> <li>● Casos de antibiótico profilático (não terapêutico).</li> <li>● Pacientes com diretiva de cuidados paliativos exclusivos no momento da admissão.</li> </ul> <p><b>Referência:</b> HOSPITAL DO CORAÇÃO - HCor. <i>Protocolo sepse</i>. [S. l.]: Associação Beneficente Síria - HCor, 1 maio 2024. p. 1-32.</p>

## **VIGILÂNCIA DO ÓBITO**

### **2.2.1.8 TAXA DE REVISÃO DOS ÓBITOS INSTITUCIONAIS ( $\geq 24H$ )**

<b>Nome</b>	Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais ( $\geq 24h$ )
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de óbitos institucionais que ocorreram após, no mínimo, 24 horas da admissão do paciente em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e que foram devidamente revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, em um determinado mês, e o total de óbitos institucionais com 24 horas ou mais de permanência na UPA ocorridos no mesmo período. Esse indicador permite avaliar o grau de cumprimento da rotina institucional de análise sistemática de óbitos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da segurança da assistência prestada nas UPAs.
<b>Importância</b>	O indicador busca certificar que os óbitos ocorridos em UPAs sejam revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, garantindo maior qualidade ao processo assistencial. Trata-se de um indicador essencial para avaliar a qualidade e a segurança dos serviços prestados em Unidades de Pronto Atendimento, especialmente considerando pacientes em observação por tempo prolongado.
<b>Meta</b>	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador/ denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão do paciente na UPA (óbitos institucionais) revisados, no mês.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão do paciente na UPA (óbitos institucionais), em um mês.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Apenas óbitos ocorridos dentro da UPA.</li> <li>● Pacientes que permaneceram em observação/atendimento na unidade por <math>\geq 24</math> horas.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Óbitos com menos de 24h de permanência em observação na UPA.</li> <li>● Pacientes transferidos para outra instituição, com evolução final fora da UPA.</li> </ul> <p><b>Público-alvo:</b> Pacientes admitidos em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e mantidos em observação.</p> <p><b>Observações</b></p> <p><b>01.</b> O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente na UPA, incluindo o período em observação.</p> <p><b>02.</b> A apresentação mensal de resultados deve incluir relatório total dos óbitos, detalhando quantos e quais destes foram revisados pela comissão de prontuário e análises de óbitos.</p> <p><b>03.</b> A revisão de óbito é o processo rotineiro e sistemático de avaliação dos óbitos ocorridos na unidade, com o objetivo de verificar se as informações estão completas, se os protocolos assistenciais foram seguidos e se há necessidade de ações corretivas ou de melhoria.</p> <p><b>04.</b> Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Saúde municipal ou estadual (conforme pactuação), anexados à transmissão pelo sistema de monitoramento vigente, garantindo rastreabilidade, transparência e cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.</p> <p><b>Referência da Meta:</b> BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. <i>E-EFT-02</i>. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1-7.</p>

## INDICADORES RELACIONADOS À ATENÇÃO AO USUÁRIO

### 2.2.1.9 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

<b>Nome</b>	Satisfação do Usuário
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos na unidade, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
<b>Importância</b>	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
<b>Meta</b>	Aferir satisfação do usuário $\geq 90,0\%$
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100

<b>Nome</b>	<b>Índice de Satisfação (90%):</b>
<b>Conceituação</b>	<p>a) <b>Numerador:</b> Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.</p> <p>b) <b>Denominador:</b> Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.</p>
<b>Importância</b>	<p><b>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</b> Os serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as expectativas e avaliar em relação ao trabalho, detectando as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.</p> <p>b) <b>Denominador:</b> Número total de pacientes atendidos na unidade.</p>
<b>Meta</b>	Aferir satisfação do usuário $\geq 90,0\%$
<b>Método de Cálculo</b>	<p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes).</li> </ul> <p><math>\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100</math></p>

**Critérios de Exclusão:**

- Pesquisas com respostas consideradas negativas.

**Observações 01:**

**Definição**

- A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que utilizam os serviços da unidade constitui uma ferramenta essencial de gestão, permitindo identificar expectativas, detectar falhas e promover melhorias contínuas na qualidade do atendimento prestado.
- Essa avaliação será realizada por meio de Pesquisa de Satisfação Padronizada, elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e aplicada pela **CONTRATADA**. Para tanto, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ao público um dispositivo com interface amigável e acessível, permitindo que o próprio usuário ou acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente os sistemas informatizados utilizados.

**Interpretações:**

**Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):** A amostragem mínima a ser contemplada pela pesquisa corresponderá a, no mínimo, 10% do total de atendimentos ambulatoriais após melhora do quadro realizados no período - conforme cálculo denominado como "**Índice de realização de pesquisas relacionadas ao atendimento**", abrangendo tanto os usuários que receberam atendimento quanto seus acompanhantes. A coleta de dados deverá ser, preferencialmente, anônima, a fim de garantir a liberdade e espontaneidade das respostas.

O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10%) dos atendimentos resultará na atribuição de **pontuação zero** ao indicador no Índice Global de Qualidade.

**Índice de Satisfação (90%):** Para que a meta seja atingida, o indicador deverá ser igual ou superior a 90,0% no mês. A condição necessária para que o resultado da pesquisa seja considerado positivo é que o somatório dos itens que serão avaliados seja de no mínimo 24 pontos, pontuação essa estabelecida de acordo com o modelo de pesquisa apresentado abaixo:

Adicionalmente, o não envio das informações, a aplicação da pesquisa em formato distinto do previamente estabelecido, sem autorização formal da CONTRATANTE ou o não atingimento dos percentuais estabelecidos para o **Índice de Satisfação (90%)** e para o **Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%)**, impossibilitará a análise do indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como **descumprimento da meta estabelecida**.

	<p><b>Índice de Satisfação (90%):</b></p> <p>a) <b>Numerador:</b> Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.</p> <p>b) <b>Denominador:</b> Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.</p>
--	--

Nome	Satisfação do Usuário PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO					
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos na unidade, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.					
<b>Importância</b>	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.					
<b>Meta</b>	Aferir satisfação do usuário $\geq 90,0\%$					
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100					
<b>Indicadores</b> (Sala de Espera, Caixa de Atendimento, Limpeza, etc.)						
Atendimento na Recepção						
Tratamento da Segurança						
Atendimento do Médico						
Atendimento da Enfermagem						
Exames Realizados						
Informações sobre Tratamento a ser seguido						
Para perguntas cuja resposta seja "Não utilize" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos						

Obs: Em caso de perguntas sem respostas do usuário deverá ser atribuída pontuação 3.

### 2.2.1.10 ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS

Nome	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período.	
<b>Importância</b>	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutiva e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.	
<b>Meta</b>	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido.	
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100	
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de queixas recebidas no mesmo período.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Período de análise compatível: Apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual).</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Não se aplica.</li> </ul> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Para o Registro de Queixas a <b>CONTRATADA</b> deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela CONTRATADA para resolução das queixas registradas. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por</li> </ul> <p><b>Índice de Satisfação (90%):</b></p> <p><b>a) Numerador:</b> Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.</p>	

<b>Nome</b>	escrito, além de ouvidoria. Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.
<b>Conceituação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual será operada pelo autor da queixa e enviada à SES/PE periodicamente.</li> </ul>
<b>Importância</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● As queixas, que devem ser apresentadas na íntegra, e o tratamento a ser dado as mesmas serão apresentados a CTAI por meio do SIMAS, sendo que a referida comissão irá avaliar a qualidade do atendimento dado, aprovando ou não os encaminhamentos dados.</li> <li>● A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de</li> </ul>
<b>Meta</b>	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido.
<b>Método de Cálculo</b>	<p><b>Interpretações:</b>  <math display="block">\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100</math> <b>CTAI:</b> Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão;  <b>SIMAS:</b> Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais;</p>
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento de Interações dos Contratos de Gestão (CTAI) no período de referência de um conjunto de reclamações recebidas por usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de queixas recebidas no mesmo período.</p> <p><b>Entende-se por resolução</b> o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018.</p> <p>A CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas às queixas registradas:</p> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Não se aplica.</li> </ul> <p><b>1. Pertinência da Resposta</b>  A resposta deve abordar de forma direta e clara o conteúdo da queixa registrada.</p> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Para o Registro de Queixas a <b>CONTRATADA</b> deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela <b>CONTRATADA</b> para resolução das queixas registradas. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis a providência adotada pela <b>CONTRATADA</b> deve ser compatível com a natureza, gravidade e impacto da queixa.</li> </ul> <p>de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de ouvidoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual será operado pelo autor da queixa e transmitida à SES/PE periodicamente.</li> </ul> <p><b>3. Cumprimento dos Prazos</b>  A resposta a uma queixa deve ter sido registrada e encaminhada ao autor no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos, conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018.</p> <p><b>4. Clareza e Linguagem Adequada</b>  A resposta deve ser redigida de forma clara e objetiva, com linguagem acessível e adequada ao perfil dos usuários das queixas registradas. Evitar termos técnicos sem a devida explicação e assegurar tom cordial e</p> <p><b>Interpretações:</b>  <b>CTAI:</b> Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão;  <b>SIMAS:</b> Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais;</p> <p><b>Provas Documentais (se aplicável):</b>  <b>Entende-se por queixa</b> o conjunto de registros e evidências que qualificar a ocorrência de uma reclamação, para fins de identificação da unidade de atendimento, verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico de ações de resolução registrada adequadamente.</p> <p><b>Entende-se por resolução</b> o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos, conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018.</p> <p><b>6. Adoção de Medidas Preventivas (para casos recorrentes ou graves)</b>  A CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas de</p>

<b>Nome</b>	problema. Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.
<b>Conceituação</b>	<b>Referências:</b> Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela ANACOP, Lei nº 16.420 de 7 de setembro de 2018. Dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública estadual. Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Recife, 17 Set. 2018.
<b>Importância</b>	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutive e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.
<b>Meta</b>	APROVAÇÃO Taxa de Resolutividade (TR) - Portal de Dados Abertos. [S. I.], [2023?].
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100

**INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA**

**2.2.1.11 QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA**

<b>Nome</b>	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.
<b>Conceituação</b>	<b>b) Denominador:</b> Número total de queixas recebidas no mesmo período. Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
<b>Importância</b>	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a <b>CONTRATADA</b> divulgue as informações exigidas por lei em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
<b>Meta</b>	● Período de análise compatível: Apenas queixas registradas e atingindo o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência. ● Respostas dentro do período de referência considerado (ex. mensal/trimestral/anual).
<b>Método de Cálculo</b>	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.
<b>Definição</b>	<b>Crítérios de Exclusão:</b> <b>Observação 01:</b> ● Não se aplica. ● A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. <b>Observações 01:</b> ● A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, de acordo com a Resolução nº 08, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019. Para o Registro de Queixas a <b>CONTRATADA</b> deverá fornecer solução formatada que permita o registro de forma individual da queixa, com a periodicidade instituída em lei. Instalar e manter atualizado o sistema de registro de informações de transparência em site eletrônico de forma mensal, a avaliação da qualidade será de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de quadro. <b>Observação 02:</b> ● A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela anexa), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES. ● Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual deverá ser importada no referido sistema e transmitida à SES/PE mensalmente. <b>Referências:</b> TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018. ● A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de queixas, que devem ser apresentadas na íntegra, e o tratamento dado às mesmas serão apresentados à CTAI por meio do SIMAS sendo que a referida comissão irá avaliar a qualidade do tratamento dado. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020. ● A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de queixas. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005. <b>Interpretações:</b> TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 117, de 15 de dezembro de 2020. Recife: TCE/PE, 2020. <b>CTAI:</b> Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão; <b>SIMAS:</b> Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 154, de 15 de dezembro de 2021. Recife: TCE/PE, 2021. <b>Entende-se por queixa</b> o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente. <b>Entende-se por resolução</b> o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018. Tabela Fichas de Avaliação de Transparência para aceitação das respostas às

<b>Nome</b>	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.																																																																																																																																																										
<b>Conceituação</b>	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.																																																																																																																																																										
<b>Importância</b>	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a <b>CONTRATADA</b> divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.																																																																																																																																																										
<b>Meta</b>	atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.																																																																																																																																																										
<b>Método de Cálculo</b>	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.																																																																																																																																																										
<b>Definição</b>	<p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada.</li> <li>A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, com base na normativa pertinente a matéria. As informações citadas devem ser inseridas em seu portal da transparência, com a periodicidade instituída em lei. Insta destacar que embora a postagem das informações de transparência em sítio eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.</li> </ul> <p><b>Referências:</b></p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 68, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 117, de 15 de dezembro de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 154, de 15 de dezembro de 2021. Recife: TCE/PE, 2021.</p> <p>BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. <i>Diário Oficial da União</i>: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011.</p> <p>MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil): Recomendação n.º 07/2017. IC n.º 1.26.000.000983/2017-79. Brasília, DF, 2017.</p> <p>PERNAMBUCO. Secretaria da Controladoria-Geral do Estado; Secretaria de Saúde. <i>Caderno de Transparência das Organizações Sociais de Saúde</i>. Recife: SCGE/SES-PE, [s.d.]</p>																																																																																																																																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TRIMESTRE:</th> <th>INFORMAÇÃO</th> <th>AVALIADOR:</th> <th>CONSERVAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SACANI</td> <td>1. Nome da OSS de vinculação</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. CNPJ da OSS de vinculação</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. Apresentação da entidade</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. Nome da unidade de saúde</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. CNPJ da unidade de saúde</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6. Endereço</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>7. Telefone</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>8. Horário de atendimento</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL</td> <td>1. Regimento Interno</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. Organograma</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. MEMBROS DIRIGENTES</td> <td>1. Membros do Órgão deliberativo</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. COMPETÊNCIA</td> <td>1. Legislação</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. Normas de Conduta</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. CONTRATO DE GESTÃO</td> <td>1. Contrato de Gestão</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. Termo Aditivo</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. DECRETOS DE QUALIFICAÇÃO</td> <td>1. Decreto de qualificação</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. Decreto de renovação de titulação</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. EMPREGADOS</td> <td>1. Registro em Cartão</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. Atos do Estatuto Social</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. Seguridade Social</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. FGTS</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. Justiça do Trabalho</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6. Desemprego Previdenciário</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>7. Experiência Anterior</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE</td> <td>1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. Relatório Assistencial</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. Pareceres</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. Repasses recebidos e descontos</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. Cotações</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. Contratos</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3.2 Serviços</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3.2.1 Contratos - serviços: Pessoa Física e Pessoa Jurídica</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. Regulamento para recrutamento de pessoal</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. Relatório dos bens públicos</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. Relatório Estatístico - PN</td> <td>Atualizado</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			TRIMESTRE:	INFORMAÇÃO	AVALIADOR:	CONSERVAÇÃO	SACANI	1. Nome da OSS de vinculação	Atualizado			2. CNPJ da OSS de vinculação	Atualizado			3. Apresentação da entidade	Atualizado			4. Nome da unidade de saúde	Atualizado			5. CNPJ da unidade de saúde	Atualizado			6. Endereço	Atualizado			7. Telefone	Atualizado			8. Horário de atendimento	Atualizado		2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	1. Regimento Interno	Atualizado			2. Organograma	Atualizado		3. MEMBROS DIRIGENTES	1. Membros do Órgão deliberativo	Atualizado		4. COMPETÊNCIA	1. Legislação	Atualizado			2. Normas de Conduta	Atualizado		5. CONTRATO DE GESTÃO	1. Contrato de Gestão	Atualizado			2. Termo Aditivo	Atualizado		6. DECRETOS DE QUALIFICAÇÃO	1. Decreto de qualificação	Atualizado			2. Decreto de renovação de titulação	Atualizado		7. EMPREGADOS	1. Registro em Cartão	Atualizado			2. Atos do Estatuto Social	Atualizado			3. Seguridade Social	Atualizado			4. FGTS	Atualizado			5. Justiça do Trabalho	Atualizado			6. Desemprego Previdenciário	Atualizado			7. Experiência Anterior	Atualizado		8. DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE	1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato	Atualizado			2. Relatório Assistencial	Atualizado			3. Pareceres	Atualizado			1. Repasses recebidos e descontos	Atualizado			2. Cotações	Atualizado			3. Contratos	Atualizado			3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado			3.2 Serviços	Atualizado			3.2.1 Contratos - serviços: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado			3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado			1. Regulamento para recrutamento de pessoal	Atualizado			1. Relatório dos bens públicos	Atualizado			2. Relatório Estatístico - PN	Atualizado	
TRIMESTRE:	INFORMAÇÃO	AVALIADOR:	CONSERVAÇÃO																																																																																																																																																								
SACANI	1. Nome da OSS de vinculação	Atualizado																																																																																																																																																									
	2. CNPJ da OSS de vinculação	Atualizado																																																																																																																																																									
	3. Apresentação da entidade	Atualizado																																																																																																																																																									
	4. Nome da unidade de saúde	Atualizado																																																																																																																																																									
	5. CNPJ da unidade de saúde	Atualizado																																																																																																																																																									
	6. Endereço	Atualizado																																																																																																																																																									
	7. Telefone	Atualizado																																																																																																																																																									
	8. Horário de atendimento	Atualizado																																																																																																																																																									
2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	1. Regimento Interno	Atualizado																																																																																																																																																									
	2. Organograma	Atualizado																																																																																																																																																									
3. MEMBROS DIRIGENTES	1. Membros do Órgão deliberativo	Atualizado																																																																																																																																																									
4. COMPETÊNCIA	1. Legislação	Atualizado																																																																																																																																																									
	2. Normas de Conduta	Atualizado																																																																																																																																																									
5. CONTRATO DE GESTÃO	1. Contrato de Gestão	Atualizado																																																																																																																																																									
	2. Termo Aditivo	Atualizado																																																																																																																																																									
6. DECRETOS DE QUALIFICAÇÃO	1. Decreto de qualificação	Atualizado																																																																																																																																																									
	2. Decreto de renovação de titulação	Atualizado																																																																																																																																																									
7. EMPREGADOS	1. Registro em Cartão	Atualizado																																																																																																																																																									
	2. Atos do Estatuto Social	Atualizado																																																																																																																																																									
	3. Seguridade Social	Atualizado																																																																																																																																																									
	4. FGTS	Atualizado																																																																																																																																																									
	5. Justiça do Trabalho	Atualizado																																																																																																																																																									
	6. Desemprego Previdenciário	Atualizado																																																																																																																																																									
	7. Experiência Anterior	Atualizado																																																																																																																																																									
8. DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE	1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato	Atualizado																																																																																																																																																									
	2. Relatório Assistencial	Atualizado																																																																																																																																																									
	3. Pareceres	Atualizado																																																																																																																																																									
	1. Repasses recebidos e descontos	Atualizado																																																																																																																																																									
	2. Cotações	Atualizado																																																																																																																																																									
	3. Contratos	Atualizado																																																																																																																																																									
	3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado																																																																																																																																																									
	3.2 Serviços	Atualizado																																																																																																																																																									
	3.2.1 Contratos - serviços: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado																																																																																																																																																									
	3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado																																																																																																																																																									
	1. Regulamento para recrutamento de pessoal	Atualizado																																																																																																																																																									
	1. Relatório dos bens públicos	Atualizado																																																																																																																																																									
	2. Relatório Estatístico - PN	Atualizado																																																																																																																																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PONTUAÇÃO</th> <th colspan="2">LEGENDA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>DESEJADO</td> <td>75,01%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>MODERADO</td> <td>50,01%</td> <td>75,00%</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>INTERMEDIÁRIO</td> <td>25,01%</td> <td>50,00%</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>INSUFICIENTE</td> <td>0,00%</td> <td>25,00%</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>CRÍTICO</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			PONTUAÇÃO		LEGENDA		01	DESEJADO	75,01%	100%	02	MODERADO	50,01%	75,00%	03	INTERMEDIÁRIO	25,01%	50,00%	04	INSUFICIENTE	0,00%	25,00%	05	CRÍTICO																																																																																																																																		
PONTUAÇÃO		LEGENDA																																																																																																																																																									
01	DESEJADO	75,01%	100%																																																																																																																																																								
02	MODERADO	50,01%	75,00%																																																																																																																																																								
03	INTERMEDIÁRIO	25,01%	50,00%																																																																																																																																																								
04	INSUFICIENTE	0,00%	25,00%																																																																																																																																																								
05	CRÍTICO																																																																																																																																																										
	<p>Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência</p> <p>NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA: 100,00% DESEJADO</p>																																																																																																																																																										
<b>Definição</b>	<p><b>INDICADORES RELACIONADOS À EDUCAÇÃO PERMANENTE</b></p> <p>2.2.1.12 TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE</p>																																																																																																																																																										

<b>Nome</b>	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
<b>Importância</b>	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela <b>CONTRATADA</b> está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade estão em conformidade com o proposto no contrato.
<b>Meta</b>	100,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc.</li> <li>● Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atividades educacionais realizadas fora do período analisado.</li> </ul> <p><b>Interpretações:</b></p> <p>No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho.</p> <p>Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.</p> <p><b>Referências:</b></p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.</p> <p>MERHY, Emerson Elias. <i>Saúde: a cartografia do trabalho vivo</i>. São Paulo: Hucitec, 2002.</p> <p>FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Hélio Mendes; RIMOLI, J.; FRANCO, Túlio Batista. <i>O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano</i>. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.</p> <p>AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. <i>Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde - PES 2024-2027</i>. Manaus: SES-AM, 2024. Disponível em: <a href="https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf">https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf</a>. Acesso em: 22 dez. 2025.</p>

**2.2.1.13 TAXA DE ADESÃO DAS EQUIPES (ASSISTENCIAIS E ADMINISTRATIVAS) ÀS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

<b>Nome</b>	Taxa de adesão das equipes (assistenciais e administrativas) às ações de educação permanente
<b>Conceituação</b>	Avaliar a adesão e efetividade das ações de <b>educação permanente</b> voltadas às equipes (assistenciais e administrativas), medindo a proporção de profissionais que participaram de cursos de capacitação propostos pela unidade ou órgão gestor. O indicador busca promover o desenvolvimento contínuo dos profissionais, melhoria da qualidade assistencial e conformidade com diretrizes técnicas e normativas.
<b>Importância</b>	Este indicador é fundamental para assegurar a atualização contínua dos profissionais, melhorar os resultados assistenciais, alinhar práticas à legislação vigente e garantir que a equipe atue com segurança, qualidade e base científica. Reflete também o compromisso da OSS com a valorização profissional e a excelência nos serviços prestados.
<b>Meta</b>	Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador X 100
<b>Definição</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de profissionais da unidade que participaram integralmente do(s) curso(s) proposto(s) durante o período de análise.</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de profissionais convocados ou previstos para participação nos cursos propostos, conforme planejamento da unidade ou exigência contratual.</p> <p><b>Critérios de Inclusão (Numerador e Denominador):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais com vínculo ativo na unidade no período do curso.</li> <li>- Cursos obrigatórios ou estratégicos definidos em plano de capacitação da unidade ou órgão gestor.</li> <li>- Participação integral ou carga horária mínima definida (<math>\geq 80\%</math> de presença).</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão (Numerador e Denominador):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais afastados legalmente (férias, licenças, atestados) durante a realização do curso.</li> <li>- Cursos não previstos no plano de capacitação vigente ou não validados pelo gestor do contrato.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b> A taxa de adesão deverá ser calculada separadamente para as equipes <b>assistencial e administrativa</b>, utilizando a seguinte fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Equipe Assistencial:</b> médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, demais profissionais de nível superior, técnicos de enfermagem, técnicos em mobilização e demais profissionais de nível técnico.</li> <li>● <b>Equipe Administrativa:</b> profissionais das áreas de apoio administrativo, faturamento, recepção, manutenção, serviços gerais, segurança patrimonial, entre outros.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A apuração do indicador será realizada mensalmente. Os dados consolidados deverão ser inseridos no SIMAS (Sistema de Monitoramento e Avaliação em Saúde), ou em outra plataforma informatizada que venha a ser oficialmente definida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) para esse fim.</li> </ul> <p><b>Referência:</b> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. <i>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Caminhos para a educação permanente em saúde</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <a href="https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_educacao_permanente_saude.pdf">https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_educacao_permanente_saude.pdf</a>. Acesso em: 16 jun. 2025.</p>

## 2.3 INDICADORES DE QUALIDADE - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

Os indicadores qualitativos de acompanhamento, mesmo sem valoração financeira, deverão ser utilizados como subsídio para análise gerencial, avaliação de desempenho e elaboração de planos de ação corretiva. Recomenda-se a consolidação e discussão dos resultados em relatórios gerenciais mensal enviado a **CONTRATANTE**, podendo servir de base para reavaliações contratuais, auditorias ou reestruturações de processos.

Seguem abaixo os indicadores **sem valoração** financeira:

<b>QUADRO GERAL DE INDICADORES QUALITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO</b>			
<b>TIPO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>META</b>
<b>EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL</b>	Tempo médio de transferência da unidade	Apresentar informações sobre a média de tempo das transferências da unidade.	Envio da informação
	Giro de leitos	Apresentar as informações sobre o giro de leitos.	Envio da informação
	Número de atendimento por CID	Apresentar as informações sobre os atendimentos por CID.	Envio da informação
	Taxa de transferência	Apresentar informações sobre as transferências da unidade.	Envio da informação
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados exames laboratoriais	Apresentar as informações sobre os dados quantitativos de exames laboratoriais que foram solicitados por atendimentos.	Envio da informação
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados raio-x	Apresentar as informações referente aos dados quantitativos de raio x solicitados aos pacientes na consulta.	Envio da informação
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados ECG	Apresentar informações sobre a frequência de solicitação de eletrocardiograma (ECG) entre os pacientes atendidos na unidade de saúde.	Envio da informação
	Tempo médio entre a classificação de risco e a alta médica para pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho)	Apresentar as informações referente ao tempo médio entre a classificação de risco e a alta médica para pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho)	Envio da informação
<b>PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA</b>	Média de tempo porta-agulha para pacientes no protocolo de dor torácica	Apresentar o tempo médio de porta-agulha para pacientes no protocolo de dor torácica	Envio da informação
<b>PROTOCOLO AVE</b>	Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de AVE	Apresentar informações sobre o tempo médio entre a triagem/classificação de risco e a efetiva transferência de pacientes atendidos sob protocolo de Acidente Vascular Encefálico (AVE).	Envio da informação
<b>QUALIDADE ASSISTENCIAL</b>	Número de notificações compulsórias de doenças e agravos geradas na unidade	Apresentar informações sobre a quantidade de notificações compulsórias de doenças e agravos realizadas pela unidade de saúde.	Envio da informação
	Percentual de conformidade para os pacientes em observação	Apresentar informações sobre o grau de conformidade da assistência prestada aos pacientes.	Envio da informação

## 2.3.1 FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES QUALITATIVOS - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA:

### EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL

#### 2.3.1.1. TEMPO MÉDIO DE TRANSFERÊNCIA DA UNIDADE

<b>Nome</b>	Tempo médio de transferência da unidade
<b>Conceituação</b>	Mede o intervalo de tempo médio decorrido entre a indicação clínica de transferência do paciente e a efetiva saída da unidade para o hospital de referência. O indicador avalia a eficiência do processo assistencial e logístico da unidade no encaminhamento de pacientes que necessitam de cuidados em nível de maior complexidade.
<b>Meta</b>	Envio da informação.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador
<b>Definição</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><math display="block">\text{Tempo Médio de Transferência (minutos)} = \frac{\text{Soma dos tempos de transferência de todos os pacientes no período}}{\text{Número total de pacientes transferidos no período}}</math></div> <p><b>Observação:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Para cada paciente transferido, calcula-se a diferença entre o horário de saída da unidade e o horário em que foi registrada a indicação de transferência.</li><li>2. Todos esses tempos são somados.</li><li>3. O valor obtido é dividido pelo número total de pacientes transferidos no período avaliado.</li></ol> <p><b>Critérios de Inclusão (numerador):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Pacientes atendidos na unidade que tiveram <b>indicação formal de transferência</b> para hospital de referência;</li><li>● Pacientes efetivamente <b>transferidos</b> durante o período de avaliação.</li></ul> <p><b>Critérios de Exclusão (numerador):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Pacientes que foram a óbito antes da transferência;</li><li>● Pacientes cuja transferência foi <b>suspensa ou cancelada</b> após decisão inicial;</li><li>● Casos em que não há registro confiável dos horários de indicação ou saída.</li></ul> <p><b>Denominador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Número total de pacientes transferidos no período de avaliação.</li></ul> <p><b>Objetivo do Indicador</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a eficiência do fluxo de regulação e transferência de pacientes, garantindo que aqueles que necessitam de cuidados em outros serviços recebam atenção adequada no menor tempo possível. Ele permite identificar atrasos ou gargalos no processo de transferência, apoiar a tomada de decisões para melhoria operacional, reduzir riscos e complicações para os pacientes, e contribuir para a qualidade e segurança do atendimento na unidade.</li><li>● Os dados devem ser enviados até o <b>20º dia</b> do mês subsequente ao período de referência, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela <b>CONTRATANTE</b>.</li></ul> <p><b>Referência:</b></p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. <i>Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.</p>

#### 2.3.1.2. GIRO DE LEITOS

<b>Nome</b>	Giro de leitos
<b>Conceituação</b>	O Giro de Leitos mede a quantidade média de vezes que um leito da UPA é utilizado por diferentes pacientes em um período. Indica a eficiência na rotatividade e utilização dos leitos de observação da unidade.
<b>Meta</b>	Envio da informação.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador
<b>Definição</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de pacientes que liberaram leito no período.</p> <p><b>Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes que receberam alta da UPA;</li> <li>● Pacientes transferidos para outro hospital (hospital de referência);</li> <li>● Pacientes que faleceram no leito da UPA.</li> </ul> <p><b>Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes que ainda estão internados no leito no final do período;</li> <li>● Pacientes que não ocuparam leito de fato (triagem ou atendimento rápido sem leito).</li> </ul> <p><b>Denominador:</b> Número de leitos disponíveis no período.</p> <p><b>Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Total de leitos habilitados e operacionais da UPA durante o período avaliado.</li> </ul> <p><b>Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Leitos bloqueados por manutenção ou reforma;</li> <li>● Leitos de uso exclusivo não contabilizados na rotatividade (ex.: leitos administrativos ou isolamentos específicos).</li> </ul> <p><b>Objetivo do Indicador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade <b>avaliar a eficiência na utilização dos leitos da unidade</b>, permitindo identificar a rapidez com que os pacientes recebem alta ou são transferidos e os leitos ficam disponíveis para novos atendimentos. Ele auxilia na <b>otimização do fluxo de pacientes</b>, no planejamento da capacidade de atendimento, na redução de tempo de espera, na melhoria da gestão hospitalar e no aumento da qualidade do cuidado, garantindo que os recursos disponíveis sejam utilizados de forma eficaz.</li> <li>● Os dados devem ser enviados até o <b>20º dia</b> do mês subsequente ao período de referência, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela <b>CONTRATANTE</b>.</li> </ul> <p><b>Referência:</b> BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Manual de indicadores de saúde: versão 2021</i>. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <a href="https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1396957/espma-manual-de-indicadores_2021_final_09052022.pdf">https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1396957/espma-manual-de-indicadores_2021_final_09052022.pdf</a>. Acesso em: 19 ago. 2025.</p>

### 2.3.1.3. NÚMERO DE ATENDIMENTO POR CID

<b>Nome</b>	Número de atendimento por CID-10
<b>Conceituação</b>	Este indicador expressa a quantidade de atendimentos realizados na unidade de saúde, classificados segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10), em determinado período.
<b>Importância</b>	O indicador é importante porque permite acompanhar a demanda assistencial da UPA por tipo de diagnóstico, garantindo que os atendimentos sejam registrados e monitorados corretamente, fornecendo dados confiáveis para controle e avaliação do desempenho da unidade.
<b>Meta</b>	Envio da informação.
<b>Método de Cálculo</b>	Soma dos atendimentos por CID-10
<b>Definição</b>	<p><b>Em palavras:</b> Contabiliza-se a quantidade de atendimentos realizados, agrupados por CID-10, durante o período de referência.</p> <p><b>Critérios de Inclusão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos os atendimentos realizados na UPA que possuam <b>registro de código CID-10 válido</b>;</li> <li>● Atendimentos de urgência ou emergência, desde que <b>o CID-10 esteja corretamente preenchido</b>.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atendimentos sem registro de CID-10 ou com CID-10 inválido ou incompleto;</li> <li>● Registros duplicados ou inconsistentes no sistema.</li> </ul> <p><b>Observações Metodológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cada atendimento será contabilizado apenas uma vez, mesmo que haja múltiplos registros no mesmo dia.</li> <li>● Em caso de múltiplos diagnósticos por atendimento, será considerado o CID principal registrado pelo médico.</li> </ul> <p><b>Periodicidade de Apuração e Apresentação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Calculado e apresentado mensalmente.</li> </ul> <p><b>Referência:</b> BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Manual de procedimentos e registro de dados em serviços de urgência e emergência</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.</p>

#### 2.3.1.4. TAXA DE TRANSFERÊNCIA

<b>Nome</b>	Taxa de Transferência
<b>Conceituação</b>	Mede a proporção de pacientes que, após atendimento ou observação, <b>precisaram ser transferidos para outro hospital ou unidade de referência</b> para continuidade do cuidado, internação ou atendimento especializado.
<b>Meta</b>	Envio da informação.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de pacientes transferidos da UPA no período;</p> <p><b>Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes transferidos da UPA para hospital de referência ou unidade especializada;</li> <li>● Pacientes cuja transferência foi registrada oficialmente no sistema da unidade.</li> </ul> <p><b>Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes que receberam alta da UPA para casa;</li> <li>● Pacientes que faleceram na UPA (não considerados como transferência);</li> <li>● Pacientes que não ocuparam leito ou espaço de observação.</li> </ul> <p><b>Denominador:</b> Total de pacientes em leito/observação da UPA no período.</p> <p><b>Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos os pacientes que ocuparam leito de observação da UPA durante o período.</li> </ul> <p><b>Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes atendidos apenas na triagem ou em atendimento rápido sem leito;</li> <li>● Pacientes em leitos bloqueados ou não operacionais.</li> </ul> <p><b>Observação</b> - Esse indicador permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliar a <b>complexidade dos casos atendidos na UPA</b>;</li> <li>● Monitorar a <b>eficiência do fluxo de regulação e transferência</b>;</li> <li>● Apoiar <b>planejamento de recursos e leitos</b>, garantindo atendimento seguro e adequado.</li> </ul> <p><b>Objetivo do Indicador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a eficiência e a adequação do fluxo de atendimento da unidade, por meio da identificação do número de pacientes que necessitam ser transferidos para outro hospital ou unidade de referência para a continuidade do cuidado. Esse monitoramento permite analisar a complexidade dos casos atendidos na UPA, identificando a proporção de pacientes que não puderam ser totalmente assistidos na própria unidade. Além disso, possibilita avaliar a eficiência do processo de regulação e transferência, assegurando que os pacientes recebam o cuidado adequado de forma oportuna e conforme os protocolos estabelecidos.</li> <li>● Os dados devem ser enviados até o <b>20º dia</b> do mês subsequente ao período de referência, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela <b>CONTRATANTE</b>.</li> </ul> <p><b>Referência:</b>  INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE. <i>Manual norteador dos indicadores assistenciais</i>. [S.l.]: s.n., 2021</p>

### 2.3.1.5. PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS QUE SÃO SOLICITADOS EXAMES LABORATORIAIS

<b>Nome</b>	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados exames laboratoriais
<b>Conceituação</b>	Mede a proporção de pacientes atendidos na UPA que têm exames laboratoriais solicitados durante o atendimento. Ele reflete a complexidade dos casos que chegam à unidade, a conduta clínica da equipe multiprofissional e a utilização de recursos diagnósticos de apoio à decisão. Esse indicador é útil para monitorar padrões de solicitação de exames, identificar demandas por exames laboratoriais e apoiar o planejamento de recursos e insumos da UPA.
<b>Meta</b>	Envio da informação.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador X 100

<b>Nome</b>	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados exames laboratoriais
<b>Conceituação</b>	<p>Mede a proporção de pacientes atendidos na UPA que têm exames laboratoriais solicitados durante o atendimento. Ele reflete a complexidade dos casos que chegam à unidade, a conduta clínica da equipe multiprofissional e a utilização de recursos diagnósticos de apoio à decisão.</p> <p><b>Creritrios de inclusao:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes atendidos na UPA que tiveram <b>pele menos um exame laboratorial solicitado</b> durante o atendimento;</li> </ul> <p>Esse indicador e util para monitorar padroes de solicitacao de exames, identificar demandas por exames laboratoriais e apoiar o planejamento de recursos e insumos da UPA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes com atendimento iniciado e finalizado na UPA (alta,</li> </ul>
<b>Meta</b>	Envio da informacao no obito apes solicitacao de exame).
<b>Metodo de Calculo</b>	$\frac{\text{Número de Exames}}{\text{Número de Pacientes}} \times 100$

- Pacientes que foram atendidos, mas **não tiveram exames solicitados**;
- Pacientes que chegaram à UPA apenas para **coleta de exames previamente solicitados** em outra unidade;
- Pacientes cujos exames solicitados foram **cancelados ou não realizados** por motivos administrativos ou clínicos.

**Denominador:** Total de pacientes atendidos na UPA no mesmo período de análise.

**Creritrios de inclusao:**

- Todos os pacientes que passaram pelo atendimento na UPA durante o período de análise;
- Pacientes com alta, transferência ou óbito após o atendimento.

**Definicao**

**Creritrios de exclusao:**

- Pacientes que **não completaram o atendimento**, por abandono ou saída voluntária antes da avaliação clínica;
- Pacientes atendidos apenas para procedimentos administrativos ou agendamentos, sem avaliação clínica.

**Objetivo do Indicador**

- Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a complexidade dos atendimentos, indicando a proporção de pacientes que necessitam de exames laboratoriais e refletindo a gravidade ou a complexidade dos casos atendidos na unidade. Além disso, permite monitorar a prática clínica, acompanhando se a equipe multiprofissional está solicitando exames de forma adequada, de acordo com os protocolos e condutas clínicas padronizadas.
- Os dados devem ser enviados até o **20º dia** do mês subsequente ao período de referência, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela **CONTRATANTE**.

**Referencia:**

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE. *Manual norteador dos indicadores assistenciais*. [S.l.]: s.n., 2021.

**2.3.1.6. PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS QUE SÃO SOLICITADOS RAIOS-X**

<b>Nome</b>	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados raio-x
<b>Conceituação</b>	<p>Avalia a proporção de pacientes atendidos na UPA que tiveram <b>solicitacao de exame de imagem do tipo raio-X</b> durante o atendimento. Ele reflete a complexidade dos casos atendidos, a prática clínica da equipe multiprofissional e a utilização de recursos diagnósticos para apoio à tomada de decisão. Esse indicador auxilia na gestão de recursos, planejamento de equipamentos e pessoal, além de monitorar padrões de atendimento de exames de pacientes atendidos na UPA com exames laboratoriais solicitados.</p>

<b>Nome</b>	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados raio-x
<b>Método de Cálculo</b>	$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$
<b>Conceituação</b>	Avalia a proporção de pacientes atendidos na UPA que tiveram <b>solicitação de exame de imagem do tipo raio-X</b> durante o atendimento. Ele reflete a complexidade dos casos atendidos, a prática clínica da equipe multiprofissional e a utilização de recursos diagnósticos para apoio à tomada de decisão. Esse indicador auxilia na gestão de recursos, planejamento de equipamentos e pessoal, além de monitorar padrões de solicitação de exames de imagem conforme protocolos clínicos. <b>Crerios de Inclusão:</b> ● Pacientes atendidos na UPA que tiveram pelo menos um exame de

<b>Meta</b>	raio-X solicitado; Envio da informação; ● Pacientes de qualquer faixa etária ou turno de atendimento;
<b>Método de Cálculo</b>	● Pacientes com atendimento completo, incluindo alta, transferência ou óbito após solicitação do exame. $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$

<b>Definição</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de pacientes atendidos na UPA com exame de raio-x solicitado.</p> <p><b>Crerios de Exclusão:</b> ● Pacientes que não tiveram exame de raio-X solicitado;</p> <p><b>Crerios de Inclusão:</b> ● Pacientes que vieram apenas para repetição de exame já solicitado por outra unidade; ● Pacientes atendidos na UPA que tiveram pelo menos um exame de raio-X solicitado; ● Pacientes cujos exames foram cancelados ou não realizados por motivos administrativos ou clínicos;</p> <p>● Pacientes de qualquer faixa etária ou turno de atendimento;</p> <p>● Pacientes com atendimento completo, incluindo alta, transferência ou óbito após solicitação do exame.</p> <p><b>Denominador:</b> Total de pacientes atendidos na UPA no mesmo período de análise.</p> <p><b>Crerios de Exclusão:</b> <b>Crerios de Inclusão:</b> ● Pacientes que não tiveram exame de raio-X solicitado; ● Todos os pacientes atendidos na UPA durante o período de análise; ● Pacientes que vieram apenas para repetição de exame já solicitado por outra unidade;</p> <p>● Pacientes cujos exames foram cancelados ou não realizados por motivos administrativos ou clínicos.</p> <p><b>Crerios de Exclusão:</b> ● Pacientes que abandonaram o atendimento ou saíram voluntariamente antes da avaliação clínica;</p> <p><b>Denominador:</b> Total de pacientes atendidos na UPA no mesmo período de análise.</p> <p>● Pacientes atendidos apenas para procedimentos administrativos, sem avaliação clínica.</p> <p><b>Crerios de Inclusão:</b> <b>Objetivo do Indicador</b> ● Todos os pacientes atendidos na UPA durante o período de análise; ● Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a complexidade dos atendimentos, permitindo identificar a proporção de pacientes que necessitam de exames de imagem e refletindo a gravidade e o perfil clínico dos casos recebidos na unidade. Além disso, possibilita monitorar a prática clínica, acompanhando se a equipe multiprofissional está solicitando exames de raio-X de forma adequada, conforme protocolos assistenciais e diretrizes clínicas. Também apoia a gestão de recursos, ao fornecer subsídios para o planejamento da demanda por exames de imagem,</p> <p><b>Objetivo do Indicador</b> ● Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a complexidade dos atendimentos, permitindo identificar a proporção de pacientes que necessitam de exames de imagem e refletindo a gravidade e o perfil clínico dos casos recebidos na unidade. Além disso, possibilita monitorar a prática clínica, acompanhando se a equipe multiprofissional está solicitando exames de raio-X de forma adequada, conforme protocolos assistenciais e diretrizes clínicas. Também apoia a gestão de recursos, ao fornecer subsídios para o planejamento da demanda por exames de imagem,</p> <p><b>Referência:</b> FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. <i>Termo de Referência</i>. Rio de Janeiro, 25 set. 2023. a organização da escala de técnicos e radiologistas e a manutenção dos equipamentos necessários.</p>
<b>Definição</b>	<p><b>Crerios de Exclusão:</b> ● Pacientes que abandonaram o atendimento ou saíram voluntariamente unidade. Além disso, possibilita monitorar a prática clínica, acompanhando se a equipe multiprofissional está solicitando exames de raio-X de forma adequada, conforme protocolos assistenciais e diretrizes clínicas. Também apoia a gestão de recursos, ao fornecer subsídios para o planejamento da demanda por exames de imagem,</p> <p><b>Objetivo do Indicador</b> ● Todos os pacientes atendidos na UPA durante o período de análise; ● Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a complexidade dos atendimentos, permitindo identificar a proporção de pacientes que necessitam de exames de imagem e refletindo a gravidade e o perfil clínico dos casos recebidos na unidade. Além disso, possibilita monitorar a prática clínica, acompanhando se a equipe multiprofissional está solicitando exames de raio-X de forma adequada, conforme protocolos assistenciais e diretrizes clínicas. Também apoia a gestão de recursos, ao fornecer subsídios para o planejamento da demanda por exames de imagem,</p>
<b>2.3.1.7. PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS QUE SÃO SOLICITADOS ECG</b>	<p>Os dados devem ser enviados até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela <b>CONTRATANTE</b>.</p> <p><b>Referência:</b> FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. <i>Termo de Referência</i>.</p>

<b>Nome</b>	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados ECG
<b>Conceituação</b>	Mede a proporção de pacientes atendidos na UPA que tiveram <b>solicitação de eletrocardiograma (ECG)</b> durante o atendimento. Ele permite avaliar a complexidade clínica dos casos recebidos, especialmente os relacionados a dor torácica, arritmias e outras condições cardiovasculares que exigem diagnóstico rápido. Além disso, auxilia no monitoramento da prática clínica da equipe multiprofissional e na gestão da demanda por exames de apoio diagnóstico, servindo como ferramenta para planejamento de recursos humanos, equipamentos e insumos.
<b>Meta</b>	Envio da informação.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de pacientes atendidos na UPA com solicitação de ECG</p> <p><b>Crítérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes atendidos na UPA que tiveram pelo menos um ECG solicitado durante o atendimento (independe de ter sido realizado), registrado em prontuário/sistema;</li> <li>● Atendimentos de todas as faixas etárias e turnos;</li> <li>● Casos com alta, transferência ou óbito após a solicitação do ECG;</li> <li>● Quando houver múltiplos ECGs no mesmo atendimento, contar apenas 1 (deduplicar por atendimento).</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atendimentos sem solicitação de ECG;</li> <li>● ECG solicitado fora da UPA (pré-hospitalar ou outra unidade) apenas para coleta/laudo na UPA, sem avaliação clínica local;</li> <li>● Solicitações canceladas ou lançadas por erro (sem validade clínica).</li> </ul> <p><b>Denominador:</b> Número total de pacientes atendidos na UPA.</p> <p><b>Crítérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos os pacientes com atendimento clínico efetivo na UPA no período (classificados e avaliados por médico/enfermagem com registro de conduta);</li> <li>● Casos com <b>alta, transferência ou óbito</b> após avaliação.</li> </ul> <p><b>Crítério de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Abandono/saída voluntária antes da avaliação clínica;</li> <li>● Óbito na chegada sem avaliação/registro clínico.</li> </ul> <p><b>Objetivo do Indicador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a complexidade clínica dos atendimentos na UPA, identificando a proporção de pacientes que necessitam de eletrocardiograma como suporte diagnóstico. Também permite monitorar a prática clínica da equipe multiprofissional, verificar a adequação da solicitação conforme protocolos, apoiar a gestão de recursos e contribuir para a qualidade e segurança do cuidado, garantindo diagnóstico oportuno e efetivo.</li> <li>● Os dados devem ser enviados até o <b>20º dia</b> do mês subsequente ao período de referência, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela <b>CONTRATANTE</b>.</li> </ul> <p><b>Referência:</b> FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. <i>Termo de Referência</i>. Rio de Janeiro, 25 set. 2023.</p>

**2.3.1.8. TEMPO MÉDIO ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A ALTA MÉDICA PARA PACIENTES (POR GRAU DE URGÊNCIA: VERDE, AMARELO, VERMELHO)**

<b>Nome</b>	Tempo médio entre a classificação de risco e a alta médica para pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho)
<b>Conceituação</b>	Mede o tempo médio, em minutos, entre a classificação de risco (triagem) e a alta médica do paciente, estratificado por cor de urgência (verde, amarelo, vermelho). O indicador reflete a fluidez do fluxo assistencial após a triagem, a adequação de tempos de espera/atendimento por prioridade e a eficiência do desfecho clínico na unidade.
<b>Meta</b>	Envio da informação.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador
<b>Definição</b>	<p><b>Numerador:</b> Soma de todos os tempos entre a triagem e alta dos pacientes da cor X / <b>Denominador:</b> Número de pacientes da cor X.</p> <p>Como calcular (passo a passo):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Separar os pacientes por cor de classificação de risco: verde, amarelo ou vermelho.</li> <li>2. Para cada paciente, calcular: Tempo do paciente = Hora da alta médica – Hora da triagem Exemplo: se a triagem foi às 10:00 e a alta às 12:30 → Tempo = 150 minutos.</li> <li>3. Somar todos os tempos de pacientes da mesma cor.</li> <li>4. Dividir pelo número de pacientes daquela cor.</li> </ol> <p><b>Numerador</b> - Soma de todos os tempos entre a triagem e alta dos pacientes da cor X.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes atendidos na UPA que tiveram triagem registrada com cor de risco (verde, amarelo ou vermelho).</li> <li>● Pacientes que receberam alta médica, seja alta direta, transferência ou óbito;</li> <li>● Pacientes com registros de horário válidos de triagem e de alta.</li> </ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes que abandonaram o atendimento ou saíram voluntariamente antes da avaliação médica;</li> <li>● Pacientes atendidos apenas para procedimentos administrativos (p.ex., entrega de receitas, agendamento), sem avaliação clínica;</li> <li>● Registros incompletos ou com horários inconsistentes (hora da alta anterior à triagem, timestamp ausente);</li> <li>● Pacientes reclassificados incorretamente, quando não houver registro confiável da cor vigente durante o atendimento.</li> </ul> <p><b>Denominador:</b> Número de pacientes da cor X.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos os pacientes contabilizados no numerador, ou seja, pacientes atendidos na UPA com triagem registrada e alta médica.</li> </ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mesmos critérios do numerador: abandonos, atendimentos administrativos, registros incompletos ou inconsistentes.</li> </ul> <p><b>Observação:</b> O indicador deve ser calculado <b>separadamente para cada cor de classificação de risco</b> (verde, amarelo, vermelho).</p>

<b>Nome</b>	<b>Objetivo do Indicador</b> Tempo médio entre a classificação de risco e a alta médica para pacientes (por cor de urgência: verde, amarelo, vermelho).
<b>Conceituação</b>	Mede o intervalo médio de tempo entre a classificação de risco (triagem) e a alta médica do paciente, estratificado por cor de urgência (verde, amarelo, vermelho), adequado segundo a gravidade do caso, identificando gargalos, garantindo prioridade para os pacientes mais graves e subsidiando a adequação de tempos de espera/atendimento por prioridade e a eficiência das decisões de gestão e melhoria da qualidade da assistência. ● Os dados devem ser enviados até o <b>20º dia</b> do mês subsequente ao envio da informação, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela <b>CONTRATANTE</b> .
<b>Meta</b>	Envio da informação, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela <b>CONTRATANTE</b> .
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador
	<b>Referência:</b> Soma de todos os tempos entre a triagem e alta dos pacientes da cor X / <b>Denominador:</b> Número de pacientes da cor X. FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Termo de Referência. Rio de Janeiro, 25 set. 2023.  Como calcular (passo a passo): 1. Separar os pacientes por cor de urgência (verde, amarelo ou vermelho). 2. Para cada paciente, calcular: Tempo do paciente = Hora da alta médica – Hora da triagem

**2.3.1.9. MÉDIA DE TEMPO PORTA-AGULHA PARA PACIENTES NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA**

<b>Nome</b>	Média de tempo porta-agulha para pacientes no protocolo de dor torácica
<b>Conceituação</b>	Mede o intervalo médio de tempo entre a chegada do paciente à unidade de saúde (tempo porta) e a administração da primeira dose do trombolítico (tempo agulha) em casos de dor torácica com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supra de ST, conforme protocolos assistenciais. Esse monitoramento permite avaliar a agilidade e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes com síndrome coronariana aguda, refletindo a capacidade da unidade em iniciar precocemente a terapêutica adequada.
<b>Meta</b>	Envio da informação, receberem alta médica, seja alta direta, transferência ou óbito;
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador ● Pacientes com registros de horário válidos de triagem e de alta.
<b>Definição</b>	<b>Critérios de Exclusão:</b> ● Pacientes que foram atendidos ou saíram voluntariamente antes da avaliação médica; <b>Critério de Inclusão:</b> ● Todos os pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST, atendidos incompletos e que receberam trombólise anterior à triagem, timestamp ausente); <b>Critério de Exclusão:</b> ● Pacientes reclassificados incorretamente, quando não houver registro com a cor vigente durante o atendimento. <b>Denominador:</b> Número de pacientes da cor X. <b>Numerador ou Nôus:</b> Soma total de pacientes incluídos no período. ● Todos os pacientes contabilizados no numerador, ou seja, pacientes atendidos na UPA com triagem registrada e alta médica. <b>Critérios de Exclusão:</b> ● Total de pacientes elegíveis para o protocolo de dor torácica com indicação de trombólise, atendidos no período avaliado. <b>Critério de Exclusão:</b> ● Mesmos critérios do numerador: abandonos, atendimentos administrativos, registros incompletos ou inconsistentes. <b>Observação:</b> Pacientes que chegaram ao hospital de referência sem receber trombólise na unidade. O indicador deve ser calculado <b>separadamente para cada cor de classificação de risco</b> (verde, amarelo, vermelho). Exemplo do Cálculo: ● Chegada: 10h00 ● Aplicação do trombolítico: 10h35 <b>Objetivo do Indicador</b> ● Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a eficiência do fluxo assistencial na UPA, monitorando se os

<b>Nome</b>	Média de tempo porta-agulha para pacientes no protocolo de dor torácica no protocolo de dor torácica.
<b>Conceituação</b> <b>Definição</b>	Mede o intervalo médio de tempo entre a chegada do paciente à unidade de saúde (tempo porta) e a administração da primeira dose do trombolítico (tempo agulha) em casos de dor torácica com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supra de ST, conforme protocolos assistenciais. Esse monitoramento permite avaliar a agilidade e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes com síndrome coronariana aguda, refletindo a capacidade da unidade em iniciar precocemente a terapêutica adequada.
<b>Meta</b>	Envio da informação.
<b>Método de Cálculo</b>	Número de hemodinâmica. Essa impossibilidade pode decorrer de fatores como indisponibilidade de leito, ausência de ambulância, falta de maca ou
<b>Definição</b>	<p><b>Objetivo do Indicador</b></p> <p>É importante ressaltar que, mesmo quando a trombólise é realizada e apresenta resultado clínico positivo, o paciente deve obrigatoriamente ser transferido para hospital de referência com prazo máximo de <b>24 horas</b>, a fim de dar seguimento ao cuidado especializado e avaliação para eventual necessidade de intervenção coronária percutânea.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes que chegaram a óbito antes da administração do trombolítico ou que foram transferidos sem receber trombólise na unidade.</li> </ul> <p><b>Denominador:</b> Número total de pacientes incluídos no período.</p> <p><b>Critérios de Inclusão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos os pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAM com SUPRA), mensurando o tempo médio entre a chegada à unidade (porta) e a administração do trombolítico.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes que chegaram a óbito antes da administração do trombolítico ou que foram transferidos sem receber trombólise na unidade.</li> </ul> <p>Exemplo do Cálculo:</p> <p><b>Referência:</b> 10h00</p> <p>HOSPITAL DO CORAÇÃO - HCOR/UPA</p> <p>Aplicação do protocolo de conduta no atendimento da dor torácica São Paulo HC 35 minutos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Depois, você faz isso para <b>todos os pacientes incluídos</b> no protocolo de dor torácica.</li> <li>● Por fim, você tira a <b>média aritmética</b> desses tempos.</li> </ul> <p><b>Observação:</b></p> <p>De acordo com os protocolos vigentes (<b>PROTÓCOLO AVE</b>), às síndromes coronarianas agudas, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pode realizar a administração do trombolítico em casos de IAM com supra de ST com supradesnívelamento do segmento ST (SUPRA). No entanto, a aplicação do trombolítico é recomendada quando não houver condições de garantir a transferência imediata do paciente para um hospital de referência com serviço de hemodinâmica. Essa impossibilidade pode decorrer de fatores como indisponibilidade de leito, ausência de ambulância, falta de maca ou qualquer outro impedimento logístico que inviabilize a realização oportuna da angioplastia primária.</p> <p>É importante ressaltar que, mesmo quando a trombólise é realizada e apresenta resultado clínico positivo, o paciente deve obrigatoriamente ser transferido para hospital de referência, com prazo máximo de <b>24 horas</b>, a fim de dar seguimento ao cuidado especializado e avaliação para eventual necessidade de intervenção coronária percutânea.</p> <p><b>Objetivo do Indicador</b></p>

**2.3.1.10. MÉDIA DE TEMPO TRIAGEM-TRANSFERÊNCIA PARA PACIENTES NO PROTOCOLO DE AVE**

<b>Nome</b>	Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de AVE
<b>Conceituação</b>	Avaliar o tempo médio decorrido entre a triagem do paciente com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE) na unidade de saúde e a efetiva transferência para hospital de referência que dispõe de serviço especializado, incluindo exames de imagem e possibilidade de intervenção (como trombólise ou neurocirurgia). O objetivo é avaliar a eficiência do fluxo de atendimento, garantindo que pacientes com AVE recebam cuidados especializados no menor tempo possível, em conformidade com protocolos clínicos e diretrizes nacionais.
<b>Meta</b>	Envio da informação.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador
<b>Definição</b>	<p><b>Numerador:</b> Soma do tempo entre a triagem do paciente e a efetivação da transferência, de todos os pacientes incluídos.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE) atendidos na unidade e que foram efetivamente transferidos para hospital de referência;</li> <li>● Pacientes incluídos no protocolo de atendimento ao AVE, conforme critérios clínicos da unidade.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes que não foram transferidos por óbito antes da transferência;</li> <li>● Pacientes com diagnóstico descartado de AVE durante a avaliação inicial.</li> </ul> <p><b>Denominador:</b> Número total de pacientes incluídos no período.</p> <p><b>Critério de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Total de pacientes triados com suspeita de AVE na unidade durante o período de avaliação.</li> </ul> <p><b>Critério de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes com contraindicação para transferência (ex.: óbito imediato, recusa do paciente ou familiares).</li> <li>● Pacientes cujo quadro clínico não se enquadra no protocolo de AVE da unidade (ex.: sintomas já resolvidos, diagnóstico alternativo confirmado).</li> </ul> <p><b>Objetivo do Indicador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a eficiência e a agilidade do fluxo de atendimento de pacientes com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE), desde a triagem na unidade de saúde até a efetiva transferência para hospital de referência. Ele permite identificar atrasos ou gargalos no processo de regulação e transporte, garantindo que os pacientes recebam cuidados especializados em tempo adequado, aumentando as chances de tratamento eficaz, redução de sequelas e diminuição da mortalidade associada ao AVE.</li> <li>● Os dados devem ser enviados até o <b>20º dia</b> do mês subsequente ao período de referência, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela <b>CONTRATANTE</b>.</li> </ul> <p><b>Referência:</b> BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo</i>. CONITEC, [S. l.], 2021. p. 1-120.</p>

## QUALIDADE ASSISTENCIAL

### 2.3.1.11. NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS DE DOENÇAS E AGRAVOS GERADAS NA UNIDADE

<b>Nome</b>	Número de notificações compulsórias de doenças e agravos geradas na unidade
<b>Conceituação</b>	Avalia a quantidade total de notificações compulsórias de doenças e agravos geradas pela unidade de saúde em determinado período. Ele permite monitorar a vigilância epidemiológica, garantindo que casos de doenças de notificação obrigatória sejam corretamente registrados, contribuindo para o controle, prevenção e acompanhamento de surtos e situações de risco à saúde pública.
<b>Meta</b>	Envio da informação.
<b>Método de Cálculo</b>	$N = \Sigma$
<b>Definição</b>	<p><math>N</math> = Número de notificações compulsórias no período Somatório = Todas as notificações realizadas no sistema de vigilância (ex.: SINAN, e-SUS VE)</p> <p><b>Critério de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todas as notificações de doenças, agravos e eventos de saúde pública <b>constantes na lista nacional de notificação compulsória</b> (Portaria de Consolidação nº 4/2017 – Anexo V, atualizada);</li> <li>● Notificações registradas em sistemas oficiais de vigilância (ex.: <b>SINAN, e-SUS VE, GAL, SIVEP-Gripe</b>), independentemente da origem (atenção básica, hospitalar, UPA, pronto-atendimento);</li> <li>● Notificações realizadas dentro do período de competência avaliado (ex.: mês de referência);</li> <li>● Notificações confirmadas, suspeitas ou inconclusivas, desde que se enquadrem como <b>obrigatórias pela legislação vigente</b>.</li> </ul> <p><b>Critério de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Notificações de doenças ou agravos <b>não listados como compulsórios</b>;</li> <li>● Registros duplicados no sistema (mesmo paciente, mesmo episódio);</li> <li>● Casos descartados epidemiologicamente <b>antes do envio/validação</b> pelo serviço de vigilância.</li> </ul> <p><b>Objetivo do Indicador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade <b>monitorar e aprimorar a rotina de notificação da unidade</b>, contribuindo para o <b>controle de surtos, acompanhamento epidemiológico e tomada de decisões em saúde pública</b>, garantindo a segurança da população e a conformidade com as normas legais de vigilância.</li> <li>● Os dados devem ser enviados até o <b>20º dia</b> do mês subsequente ao período de referência, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela <b>CONTRATANTE</b>.</li> </ul> <p><b>Referência:</b> BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017: consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde</i>. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014</i>. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jun. 2014.</p>

### 2.3.1.12. PERCENTUAL DE CONFORMIDADE PARA OS PACIENTES EM LEITOS DE OBSERVAÇÃO

<b>Nome</b>	Percentual de conformidade para os pacientes em leitos de observação
<b>Conceituação</b>	Mede a proporção de pacientes que permaneceram nos leitos de observação e receberam atendimento conforme os protocolos e padrões da unidade, garantindo que o manejo clínico, monitoramento e intervenções estejam em conformidade com as normas estabelecidas, mesmo que o paciente não seja internado.
<b>Meta</b>	Envio da informação.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de pacientes em leitos de observação entendidos conforme o protocolo.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes que ocupam os leitos de observação da UPA;</li> <li>● Atendimento realizado em conformidade com protocolos e normas vigentes;</li> <li>● Atendimento registrado corretamente nos sistemas ou prontuários.</li> </ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes com atendimento fora dos protocolos;</li> <li>● Atendimento não registrado ou incompleto;</li> <li>● Pacientes que foram transferidos ou liberados antes da avaliação completa.</li> </ul> <p><b>Denominador:</b> Número total de pacientes em leitos de observação</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os pacientes em leitos de observação da UPA durante o período de avaliação;</li> <li>• Pacientes com registros suficientes para avaliação da conformidade.</li> </ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Não se aplica.</li> </ul> <p><b>Objetivo do Indicador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade garantir que os pacientes recebam atendimento de acordo com os protocolos da UPA, promovendo segurança, qualidade e padronização do cuidado. Ele permite identificar falhas nos processos assistenciais, orientar melhorias, apoiar a tomada de decisões da gestão e assegurar que os pacientes em observação sejam monitorados e tratados corretamente, mesmo sem internação formal.</li> <li>● Os dados devem ser enviados até o <b>20º dia</b> do mês subsequente ao período de referência, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela <b>CONTRATANTE</b>.</li> </ul> <p><b>Referência:</b> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). <i>Programa de Qualificação de Operadoras: fichas técnicas dos indicadores</i>. [S. l.], [2023].</p>



Documento assinado eletronicamente por **Fabiola de Alencar Furtado**, em 30/01/2026, às 19:26, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Zilda do Rego Cavalcanti**, em 30/01/2026, às 22:17, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **80629456** e o código CRC **455891BA**.

### **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Rua Vinte e Quatro de Agosto, nº 209, - Bairro Santo Amaro, Recife/PE - CEP 50040-190, Telefone: