



16º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2022, COM O OBJETIVO DE PRORROGAR A VIGÊNCIA E IMPLEMENTAR A REPACTUAÇÃO DAS METAS E/OU ATIVIDADES CONTRATADAS, QUE ENTRE SI ESTABELECEM O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE), E A SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA IGARASSU, NAS CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.

O **ESTADO DE PERNAMBUCO**, através da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, entidade de direito público interno, com sede nesta cidade, na Rua Dona Maria Augusta, nº 519, Bongí, Recife/PE, CEP: 50.751-535, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, neste ato representado pela sua titular, 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 do outro lado, a Organização Social de Saúde **SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER**, inscrita no CNPJ nº 10.894.988/0009-90, com sede na Rodovia BR 101 Norte, s/nº, KM 47, Cruz de Rebouças, Igarassu/PE, CEP: 53.610-000, neste ato representada por **ISABELA CRISTINA COUTINHO DE ALBUQUERQUE NEIVA COELHO**, doravante designada simplesmente **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 435/2025 e a Nota de Resposta nº 8/2026 (id. 78881792 e 80111967, respectivamente) da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI; o Parecer de Prorrogação nº 002/2026 e o Parecer de Prorrogação nº 002/2026 e Despacho nº 21 (id. 79724595 e 80437111, respectivamente) da Comissão Mista de Avaliação; o Despacho nº 132 (id. 80597789) da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão; e os demais documentos constantes do Processo nº 2300000302.000291/2025-76.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constituem objetos do presente Termo Aditivo:

a) a **prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 002/2022 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 do presente 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\$ 1.735.208,18 (um milhão, setecentos e trinta e cinco mil duzentos e oito reais e dezoito centavos)**, conforme Despacho nº 61 da Gerência Administrativa Orçamentária dos Contratos de Gestão (Id. 80607447), 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 (id. 80655543 e 80655603):

Fonte: 0500000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1019

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE000416, de 02/01/2026

Valor da Nota de Empenho: R\$ 9.881.665,45

Fonte: 0600000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1019

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE000417, de 02/05/2025

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

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

ISABELA CRISTINA COUTINHO DE ALBUQUERQUE NEIVA COELHO
SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER
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 IGARASSU** 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 IGARASSU.

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 IGARASSU 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 REALIZADOS

TABELA 01: Atividade Mensal dos Atendimentos no Ambulatório Médico

| ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – AMBULATÓRIO MÉDICO | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|---------|
| AMBULATÓRIO | Mês de Referência | | | | | | | | | | | | TOTAL |
| | 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. | 9.000 | 9.000 | 9.000 | 9.000 | 9.000 | 9.000 | 9.000 | 9.000 | 9.000 | 9.000 | 9.000 | 9.000 | 108.000 |

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 IGARASSU deverá atingir mensalmente as metas definidas para os seguintes indicadores:

Quantitativos: Número de atendimentos de urgência e emergência.

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.

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA: Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica; Tempo Médio de Porta-Saída da UPA. **PROTOCOLO DE AVE:** Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE. **PROTOCOLO DE SEPSE:** Média de tempo porta-antibiótico dos pacientes no protocolo de sepse. **VIGILÂNCIA DO ÓBITO:** Taxa de revisão dos óbitos institucionais (≥ 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. | 9.000 |

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

| ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE | | | | | |
|----------------------------|--|---|--------------|---------------|---------------|
| TIPO | INDICADOR | META | | PONTUAÇÃO POR | PONTUAÇÃO POR |
| | | | | INDICADOR | GRUPO |
| EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL | Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes verdes. | ≤ 120 min | Pontuação: 5 | 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. | ≤ 60 min | Pontuação: 6 | 6 | |
| | | > 60 ≤ 120 min | Pontuação: 4 | | |
| | | > 120 ≤ 180 min | Pontuação: 2 | | |
| | | > 180 min | Pontuação: 0 | | |
| | Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes vermelhos. | ≤ 5 min | Pontuação: 7 | 7 | |
| | | > 5 min ≤ 6 min | Pontuação: 4 | | |
| | | > 6 min ≤ 10 min | Pontuação: 2 | | |
| | | > 10 min | Pontuação: 0 | | |
| | Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h. | ≤ 5% | | 5 | |
| | Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente. | Envio do relatório de segurança do paciente. | | 4 | |
| PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA | Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica | ≤ 10 min | | 7 | |
| | Tempo Médio de Porta-Saída da UPA | ≤ 30 min para os casos de IAMCSST confirmada | | 7 | |
| PROTOCOLO AVE | Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE. | ≤ 10 min | | 7 | |
| PROTOCOLO DE SEPSE | Média de tempo porta-antibiótico dos pacientes no protocolo de sepsis. | ≤ 60 min | | 7 | |
| VIGILÂNCIA DO ÓBITO | Taxa de revisão dos óbitos institucionais (≥=24h). | Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais. | | 5 | |
| | | Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais. | | 3 | |
| | | Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais. | | 0 | |
| ATENÇÃO AO USUÁRIO | Satisfação do Usuário. | Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0% | | 6 | |
| | | Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e < 90,0% | | 4 | |
| | | Aferir satisfação do usuário ≥ 70,0% e < 80,0% | | 2 | |
| | | Aferir satisfação do usuário < 70% | | 0 | |
| | Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. | Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas | | 6 | |
| TRANSPARÊNCIA | Qualidade da Publicação das Informações de Transparência. | Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência. | | 7 | |
| | | Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de | | 5 | |

| | | | | | | |
|----------------------------|--|---|---|----|------------|--|
| | | transparência. | | | | |
| | | Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência. | 3 | | | |
| | | Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência. | 1 | | | |
| | | Atingir o grau crítico (0% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência. | 0 | | | |
| EDUCAÇÃO PERMANENTE | Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente. | 100,0% das ações de educação na saúde programadas para o período. | 7 | 21 | | |
| | | 90,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. | 5 | | | |
| | | 80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. | 3 | | | |
| | | 70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. | 1 | | | |
| | | < 70,0% das ações de educação na saúde programadas para o período. | 0 | | | |
| | Taxa de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente. | Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente | 7 | | | |
| | | 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 | 5 | | | |
| | | Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente | 3 | | | |
| | | Percentual menor que 60% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente | 0 | | | |
| | Taxa de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente. | Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente | 7 | | | |
| | | Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente | 5 | | | |
| | | Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente | 3 | | | |
| | | Percentual menor que 60% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente | 0 | | | |
| | Total | | | | 100 | |

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 subsidiam 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:

| QUADRO GERAL DE INDICADORES QUALITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO | | |
|--|--|---------------------|
| | INDICADOR | META |
| EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL | 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 |
| PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA | Média de tempo porta-agulha para pacientes no protocolo de dor torácica | Envio da informação |
| PROTOCOLO AVE | Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de AVE | Envio da informação |
| QUALIDADE ASSISTENCIAL | 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 da **UPA IGARASSU** para o exercício de 2026/2027 é de **R\$ 20.822.498,16 (vinte milhões, oitocentos e vinte e dois mil, quatrocentos e noventa e oito reais e dezesseis centavos)** sendo mensal de **R\$ 1.735.208,18 (um milhão, setecentos e trinta e cinco mil e duzentos e oito reais e dezoito centavos)**, e corresponde a sua modalidade de atividade assistencial.

1.3 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.

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

1.4.1 **70% (setenta por cento)** do valor mencionado no item 1.2 acima, ou seja, **R\$ 14.575.748,71 (quatorze milhões, quinhentos e setenta e cinco mil, setecentos e quarenta e oito reais e setenta e um centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de **R\$ 1.214.645,72 (um milhão, duzentos e quatorze mil, seiscentos e quarenta e cinco reais e setenta e dois centavos)**.

1.4.2 **20% (vinte por cento)** do valor mencionado no item 1.1.2 acima, ou seja, **R\$ 4.164.499,62 (quatro milhões, cento e sessenta e quatro mil, quatrocentos e noventa e nove reais e sessenta e dois centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R\$ 347.041,63 (trezentos e quarenta e sete mil, quarenta e um reais e sessenta e três centavos)** vinculado à avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.4.3 **10% (dez por cento)** do valor mencionado no item 1.1.2, ou seja, **R\$ 2.082.249,81 (dois milhões, oitenta e dois mil, duzentos e quarenta e nove reais e oitenta e um centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R\$ 173.520,81 (cento e setenta e três mil, quinhentos e vinte reais e oitenta e um centavos)**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido item 2 deste Anexo Técnico.

1.5 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.

1.6 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.

1.7 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.

1.8 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.

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

1.10 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.

1.11 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.

1.12 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.

1.13 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.

1.14 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.

1.15 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.

1.16 Além das atividades de rotina, a **UPA IGARASSU** 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 | 20,0% do valor global do contrato |
| | De 85,0% até 100% do volume contratado | 20,0% do valor global do contrato |
| | De 70,0% até 84,99% do volume contratado | 18,0% do valor global do contrato |
| | De 55,0% até 69,99% do volume contratado | 15,0% do valor global do contrato |
| | De 30,0% até 54,99% do volume contratado | 10,0% 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 IGARASSU**. 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 – 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 N° 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 INDICADORES 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 9.000 atendimentos de urgência/emergência por mês | SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE |

2.1.1 FICHAS TÉCNICAS DO INDICADOR QUANTITATIVO - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

| | |
|--------------------------|---|
| 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 9.000 atendimentos de urgência/emergência por mês. |
| Método de Cálculo | Numerador |
| Definição | <p>Numerador: Soma do Número de atendimentos médicos de urgência e emergência realizados no período de apuração.</p> <p>Critério de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atendimentos realizados por profissional médico no serviço de urgência e emergência da UPA; ● Atendimentos médicos prestados a usuários classificados em qualquer categoria de risco (vermelho, amarelo, verde ou azul), conforme protocolos assistenciais vigentes; ● Atendimentos realizados em regime de funcionamento ininterrupto (24 horas), incluindo plantões diurnos, noturnos, finais de semana e feriados; ● Atendimentos devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação adotados pela contratante. <p>Critério de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atendimentos não realizados por médico; ● Registros duplicados, inconsistentes ou cancelados no sistema de informação; ● Atendimentos administrativos, orientações gerais ou contatos sem atendimento médico efetivo; ● Atendimentos realizados fora do período de referência considerado para a apuração. |

Denominador: Não se aplica, por tratar-se de indicador de quantidade absoluta (produção).

Vinculação Financeira do Indicador

O desempenho deste indicador corresponde a **até 20,0% (vinte por cento) do valor global do contrato**, com pagamento condicionado ao percentual de alcance da meta **quantitativa pactuada**, conforme regras estabelecidas no Contrato de Gestão e seus respectivos anexos..

Observações Técnicas:

- A avaliação do desempenho será realizada mediante a comparação entre a produção mensal efetivamente registrada e a meta pactuada, observando os percentuais de alcance definidos contratualmente;
- As informações de produção deverão ser registradas e informadas mensalmente, **até o 20º dia do mês subsequente ao da produção**, por meio do SIMAS ou sistema que venha a substituí-lo;
- Sobre a fonte de verificação, será realizada pelo Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais – **SIMAS** ou outra solução de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) deliberada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE).
- Consideram-se apenas atendimentos médicos devidamente registrados nos sistemas oficiais;
- Atendimentos duplicados ou inconsistentes não devem ser computados;
- A apuração deverá respeitar os critérios contratuais vigentes.

REFERÊNCIA:

BRASIL. 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.

2.2 INDICADORES DE QUALIDADE - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

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 torácica, protocolo de AVE, protocolo de sepse, vigilância do óbito, atenção ao usuário, transparência e educação permanente. O índice, com pontuação variando de 0 a 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.

Segue abaixo o Quadro Geral de Indicadores de Qualidade:

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE

| TIPO | INDICADOR | ESPECIFICAÇÃO | META | | FONTE DE VERIFICAÇÃO | PONTUAÇÃO POR INDICADOR | PONTUAÇÃO 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 | | | |
| | | | > 180 min | Pontuação: 0 | | | |
| | 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 | | |
| PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA | 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 | |
| | Tempo Médio de Porta-Saída da UPA | Mensurar a eficiência do atendimento inicial na UPA a pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de IAMCSST, considerando o tempo entre a chegada (porta) e a saída para | ≤ 30 min para os casos de IAMCSST confirmada | | SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE | 7 | |

| | | | | | | |
|----------------------------|--|---|--|--|-----------------------|----|
| | | transporte ao hospital de | | | | |
| PROTOCOLO AVE | Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE. | referência. Garantir a avaliação médica imediata ou em tempo adequado para pacientes com suspeita de acidente vascular encefálico (AVE). | ≤ 10 min | SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE | 7 | 7 |
| PROTOCOLO DE SEPSE | Média de tempo porta-antibiótico dos pacientes no protocolo de sepse. | Garantir a administração rápida da primeira dose de antibiótico para pacientes com sepse. | ≤ 60 min | SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE | 7 | 7 |
| VIGILÂNCIA DO ÓBITO | Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h). | Revisar os óbitos que ocorreram após 24 horas de internação. | Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais. Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais. Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais. | Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS. | 5 3 0 | 5 |
| ATENÇÃO AO USUÁRIO | Satisfação do Usuário. | Avaliar a percepção dos usuários sobre a qualidade do atendimento recebido. | Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0% Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e < 90,0% Aferir satisfação do usuário ≥ 70,0% e < 80,0% Aferir satisfação do usuário < 70% | SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE | 6 4 2 0 | 12 |
| | Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. | Avaliar a efetividade e a adequação das respostas fornecidas às queixas dos usuários. | Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas. | SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE | 6 | |
| TRANSPARÊNCIA | Qualidade da Publicação das Informações de Transparência | Aferição mensal de informações de transparência em consonância com normativas vigentes. | Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência. Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência. Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência. Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência. Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência. | Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE | 7 5 3 1 0 | 7 |
| EDUCAÇÃO PERMANENTE | Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente. | Acompanhar a implementação das ações previstas no Plano de Educação Permanente. | 100,0% das ações de educação na saúde programadas para o período. 90,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. | Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à | 7 5 | 21 |

| | | | | |
|---|---|--|---|------------|
| | | 80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. | SES, anexo à transmissão do SIMAS | 3 |
| | | 70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. | | 1 |
| | | < 70,0% das ações de educação na saúde programadas para o período. | | 0 |
| Taxa de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente | Avaliar o nível de engajamento da equipe assistencial (médicos, enfermeiros, demais profissionais de nível superior e de nível técnico) nas ações de educação permanente promovidas pela unidade. | Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente. | Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS | 7 |
| | | 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. | | 5 |
| | | Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente. | | 3 |
| | | Percentual menor que 60% de adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente. | | 0 |
| Taxa de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente | Monitorar o grau de participação da equipe administrativa nas ações de educação permanente promovidas pela unidade | Percentual igual ou superior a 80,0% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente. | Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS | 7 |
| | | Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente. | | 5 |
| | | Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente. | | 3 |
| | | Percentual menor que 50% de adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente. | | 0 |
| Total | | | | 100 |

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)

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Tempo Médio Entre a Classificação de Risco e o Atendimento Médico Para Pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho) |
| Conceituação | 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. |
| Importância | 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. |
| Meta | Verde \leq 120 min; Amarelo \leq 60 min; Vermelho \leq 5 min |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador |
| Definição | <p>Numerador: Soma do tempo em minutos entre a classificação de risco (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde) e o atendimento médico.</p> <p>Denominador: Número total de atendimentos no período (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde).</p> <p>Critérios de Inclusão (numerador e denominador):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes classificados nos graus de urgência: vermelho, amarelo ou verde; ● Pacientes que receberam atendimento médico efetivo após a classificação de risco; ● Inclui pacientes que receberam atendimento e foram a óbito ainda no pronto atendimento. <p>Critérios de Exclusão (numerador e denominador):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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. <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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). <p>ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO Estratificação: Classificação Verde:</p> |

| 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. |
| > 240 min | Atraso grave | Risco de agravamento clínico, perda de confiança no serviço, má gestão de fila. |

Estratificação: Classificação Amarela:

| FAIXA DE TEMPO (MINUTOS) | CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO | INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL |
|--------------------------|-----------------------------|--|
| ≤ 60 min | Dentro do tempo recomendado | Atendimento dentro do padrão clínico recomendado. |
| 61–120 min | Leve atraso | Dentro do limite máximo estabelecido localmente. |
| 121–180 min | Atraso moderado | Indica sobrecarga ou ineficiência de fluxo. |
| > 180 min | Atraso grave | Alto risco clínico e comprometimento da segurança. |

Estratificação: Classificação Vermelha:

| FAIXA DE TEMPO (MINUTOS) | CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO | INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL |
|--------------------------|------------------------|--|
| ≤ 5 minuto | Adequado / Ideal | Atendimento imediato ao paciente classificado como emergência, considerando o tempo necessário para registro e abertura do prontuário, sem prejuízo à resposta clínica inicial. |
| > 5 a ≤ 10 minutos | Alerta | Atraso acima do esperado para situações de emergência, indicando necessidade de análise das causas, tais como acúmulo de demandas simultâneas, fluxo assistencial ou limitações operacionais momentâneas |
| > 10 a ≤ 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 do risco de agravamento clínico e de óbitos potencialmente evitáveis. |

Observação 02:

- **Periodicidade de apuração:** Mensal;
- **Responsável:** Coordenação médica da unidade e equipe de monitoramento assistencial.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde – Qualiss: versão anterior. Rio de Janeiro: ANS, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ace-02.pdf>>.

Acesso em: 13 jun. 2025.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2025.

2.2.1.2 TAXA DE RETORNO PRECOCE POR MESMA QUEIXA CLÍNICA EM ATÉ 24H

| | |
|--------------------------|---|
| Nome | Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h |
| Conceituação | 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. |
| Importância | Esse indicador é um dos instrumentos-chave para o monitoramento contínuo da qualidade assistencial. Ele permite acompanhar a performance clínica e operacional da unidade, identificando padrões de atendimento que podem comprometer a segurança do paciente ou gerar sobrecarga desnecessária ao serviço. 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 qualidade no cuidado em saúde. |
| Meta | ≤ 5% |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador X 100 |
| Definição | <p>Numerador: Número de atendimentos de retorno realizados em até 24h após o primeiro atendimento, com mesma queixa clínica por mês.</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes que retornaram à mesma UPA em até 24 horas após o atendimento anterior. ● Retornos relacionados à mesma queixa clínica, considerando o mesmo CID ou sintomatologia registrada na ficha de atendimento. ● Casos identificados por vínculo entre atendimentos (ID do paciente ou prontuário), com datas e horários compatíveis. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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. <p>Denominador: Total de altas clínicas concedidas no período de apuração, referentes a atendimentos de urgência e emergência realizados na unidade.</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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). <p>Observação 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Periodicidade de apuração: Mensal; |

- **Responsável:** Coordenação médica da unidade e equipe de monitoramento assistencial.

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jan. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html>. Acesso em: 17 jun. 2025.

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

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| Conceituação | 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. |
| Importância | 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. |
| Meta | Envio do relatório de segurança do paciente. |
| Método de Cálculo | Não é aplicável. O critério de avaliação é o envio mensal do relatório, dentro do prazo estipulado e com os campos obrigatórios devidamente preenchidos. |
| Definição | <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • 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; • 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; • 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. <p>Referência da meta: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília – DF, [S. l.], 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

| | |
|--------------------------|---|
| Nome | Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica |
| Conceituação | 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). |
| Importância | <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> |
| Meta | ≤ 10 min |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador |
| Definição | <p>Numerador: Somatório dos tempos, em minutos, entre a hora de chegada (porta) e a hora de realização do primeiro ECG.</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes incluídos no denominador; ● ECG realizado na primeira abordagem da dor torácica; ● Registro confiável de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hora da chegada (porta); ○ Hora da realização do ECG. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ECG não realizado durante o atendimento; ● ECG realizado tardiamente por outro motivo que não a dor torácica; ● Falta de registro de horário de chegada ou horário do ECG; ● ECG realizado após o primeiro atendimento clínico (ex: internado antes do ECG). <p>Denominador: 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>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes adultos (≥18 anos); Com queixa principal de dor torácica (espontânea, de início súbito, recente); ● Atendidos em serviço de urgência ou emergência; ● Entrada registrada como porta de entrada principal (não internados ou em observação); ● Indicação clínica de ECG (ex: suspeita de síndrome coronariana aguda – SCA). |

Critérios de Exclusão:

- Pacientes com ECG já realizado antes da chegada (ex: por SAMU ou unidade de origem);
- Dor torácica de origem claramente não cardíaca (ex: trauma torácico, herpes zoster visível);
- Pacientes com diagnóstico psiquiátrico isolado como motivo da dor;
- Crianças e adolescentes (<18 anos);
- Dados ausentes ou inconsistentes (sem hora de chegada ou hora do ECG).

Exemplo do Método do Cálculo:

| 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 |

Soma dos tempos: 8 + 7 + 15 = **30 minutos**

Número de pacientes: 3

Média porta-ECG= 30 / 3 = 10 minutos.

Observação 01: 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);

Definições: Dor torácica - É a sensação de dor ou desconforto percebida de diversas formas, mas com localização na região anterior ou posterior do tórax.

A dor torácica pode ser classificada pela característica anginosa da dor:

- **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.
- **Dor tipo B: PROVAVELMENTE ANGINOSA:** Dor torácica cujas características faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico. Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa, podendo ser típica sob alguns aspectos, mas atípica em outras.
- **Dor tipo C: PROVAVELMENTE NÃO ANGINOSA:** Dor torácica cujas características não faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causa aparente, necessita de outros exames para excluí-la. Definida como um padrão atípico de dor torácica que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa.
- **Dor tipo D: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA:** Dor torácica cujas características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda no diagnóstico diferencial. Dor com aspectos evidentes de origem não cardíaca.

Eletrocardiograma:

- **Primeiro eletrocardiograma:** Realizado na triagem para todo paciente que chegar relatando dor torácica (Dor Tipo A, B, C, e D), com interpretação imediata (menor 10 minutos) **sem passar por processo administrativo na recepção.**
- ECG de 12 derivações seriado (5 – 10 min) em todos os pacientes que permaneceram sintomáticos.

- ECG de 12 derivações aos pacientes que tiveram piora ou mudança da característica da dor torácica ou sempre na 3ª hora junto com a coleta de Troponina para os pacientes com dor torácica definitivamente anginosa, provavelmente anginosa ou provavelmente não anginosa (Dor Tipo A, B e C).

Observação 02:

- Periodicidade de apuração: Mensal;
- Responsável: Coordenação médica da unidade e equipe de monitoramento assistencial;
- A validação dos dados será realizada mensalmente, por meio de verificação cruzada entre fichas de atendimento e sistemas eletrônicos da unidade, com posterior inserção no SIMAS ou em outro sistema definido pela SES/PE.

ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR: A abordagem do paciente com suspeita de síndrome coronária aguda em ambiente extra-hospitalar deve, idealmente, ser feita por profissional de saúde, com realização de 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 remoto) 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 intra-hospitalar em pacientes com IAMCST.

Referência:

HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCor. Programa de cuidados clínicos: protocolo de conduta no atendimento da dor torácica. [S. l.]: HCor, 18 jun. 2021. p. 1-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. [S. l.], 13 dez. 2011.

2.2.1.5 TEMPO MÉDIO DE PORTA-SAÍDA DA UPA

| Nome | Tempo Médio de Porta-Saída da Upa | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|-------------------|--|------------------|------------|--|-------------------|------------|--|-------------------|------------|--|-------------------|
| Conceituação | 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 supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), até a sua saída para transporte ao hospital de referência. | | | | | | | | | | | | |
| Importância | 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. | | | | | | | | | | | | |
| Meta | ≤ 30 min para os casos de IAMCSST confirmados. | | | | | | | | | | | | |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador | | | | | | | | | | | | |
| Definição | <p>Fórmula do Cálculo:</p> $\text{Tempo Médio de Porta-Saída (min)} = \frac{\text{Total de minutos que os pacientes permaneceram na UPA, da entrada até a saída}}{\text{Número total de pacientes incluídos no período}}$ <p>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.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes atendidos na UPA durante o período de avaliação; • Pacientes com diagnóstico confirmado de IAM com supra; • Pacientes transferidos para hospitais de referência. <p>Critérios de exclusão do numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registros duplicados ou inconsistentes. • Pacientes que evoluíram a óbito antes da transferência para hospital de referência <p>Denominador: Número total de pacientes incluídos no período de avaliação.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os pacientes considerados no numerador. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes excluídos do numerador (sem confirmação de IAM com supra ou óbito antes da transferência). <p>Exemplo de cálculo:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PACIENTES</th> <th>TEMPO (minutos)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Paciente 1</td> <td>IAM com supra transferido para hospital de referência.</td> <td>25 minutos na UPA</td> </tr> <tr> <td>Paciente 2</td> <td>IAM com supra transferido para hospital de referência.</td> <td>30 minutos na UPA</td> </tr> <tr> <td>Paciente 3</td> <td>IAM com supra transferido para hospital de referência.</td> <td>28 minutos na UPA</td> </tr> </tbody> </table> <p>Numerador: 25+30+28 = 83 minutos Denominador: 3 pacientes Tempo Médio de Porta-Saída: 83 ÷ 3 = 27,6 minutos</p> | 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 |
| 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 | | | | | | | | | | | |

Meta para esse indicador = **30 minutos**

Observação: Pacientes com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda - SCA devem ser imediatamente avaliados por médicos capacitados.

> **SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST - IAMCSST**

Quadro: Classificação Diagnóstica – Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST

| DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA | | | |
|--|--|--|---|
| Anamnese | Dor típica | Qualidade | Desconforto difuso, constritiva ou em peso |
| | | Localização | Retroesternal |
| | | Irradiação | Ombro, braço E, braço D, pescoço ou mandíbula |
| | | Não alterada por | Posição, movimento, palpação |
| | | Início | Geralmente em repouso |
| | | Sinais e sintomas associados | Sudorese, náuseas, vômitos ou dispnéia |
| | Sintomas atípicos | Mal estar, indigestão, dor epigástrica e sudorese, principalmente em idosos e em portadores de diabetes melito (DM). | |
| Fatores de risco | Tabagismo, HAS, dislipidemia, DM e história familiar de DAC precoce (homem < 55 e mulher < 65 anos). | | |
| ECG | IAMCSST | Supradesnivelamento ST em 2 ou mais derivações consecutivas (>1mm nas derivações periféricas ou >2mm nas precordiais) ou | |
| | | BCRE novo ou presumivelmente novo | |
| MNM (marcadores de necrose miocárdica) | Troponina | Na admissão | VN = acima do percentil 99 do kit utilizado |
| | | Após 9-12h da dor | |
| | ou CK-MB | Na admissão | VN = acima do percentil 99 do kit utilizado |
| | | Após 6 – 9h da dor | |
| | | Após 12h da dor | |

Fonte: PROTOCOLO CLÍNICO SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS, 2023.

> **DESCRIÇÃO DO SERVIÇO NA UPA DIANTE DE PACIENTES COM DOR TORÁCICA SUGESTIVA DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA)**

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.

As ações incluem:

- **Identificação e acolhimento imediato do paciente** com dor torácica, considerando prioridade clínica;
- **Realização do eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos após a chegada**, para auxiliar na definição diagnóstica de Síndrome Coronariana Aguda (com ou sem supra de ST);
- **Monitorização contínua dos sinais vitais** e avaliação clínica detalhada;
- **Estabilização inicial do paciente**, com suporte ventilatório e clínico conforme necessidade;

- **Administração das medicações preconizadas** nos protocolos (ex.: ácido acetilsalicílico, antiagregantes, nitratos, oxigênio quando indicado, analgesia e demais medidas de suporte conforme avaliação médica);
- **Comunicação imediata com a Central de Regulação** para solicitação de vaga e definição da unidade hospitalar de referência apta a dar continuidade ao tratamento definitivo;
- **Manutenção de cuidados e monitorização até a transferência**, garantindo segurança clínica durante o tempo de permanência na UPA.

Assim, compete à UPA realizar o diagnóstico inicial, estabilização clínica e medicações conforme protocolos, bem como providenciar a regulação e transferência em tempo hábil, não sendo sua atribuição a realização de terapias definitivas como angioplastia ou cateterismo cardíaco.

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.

INDICADOR RELACIONADO AO PROTOCOLO AVE

2.2.1.6 MÉDIA DE TEMPO ENTRE A ADMISSÃO E A AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL DE PACIENTES COM SUSPEITA DE AVE

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE. |
| Conceituação | 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). |
| Importância | 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 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 funcional e redução do risco de sequelas ou óbito. Nesse contexto, a média de tempo entre a admissão do paciente na unidade de saúde e a realização da avaliação médica inicial constitui um indicador estratégico para aferir a 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. |
| Meta | ≤ 10 min |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador |
| Definição | <p>Numerador: 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>Crítérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número total de pacientes com suspeita de AVE; ● Pacientes com suspeita de AVE descartada antes de qualquer registro de avaliação médica formal em prontuário; ● Casos com registro válido do horário da admissão e do horário da avaliação médica inicial; ● Atendimento realizado em ambiente de urgência/emergência ou porta de entrada da unidade hospitalar. <p>Denominador: Total de pacientes com suspeita de AVE que efetivamente receberam avaliação médica inicial registrada em prontuário, no período analisado.</p> <p>Crítérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes admitidos na unidade de saúde com registro de suspeita de AVE (isquêmico, hemorrágico ou indeterminado); ● Casos com registro válido de horário de admissão e de horário da primeira avaliação médica formal; ● Atendimento realizado em ambiente de urgência/emergência ou porta de entrada da unidade; ● Casos de primeiro atendimento no episódio (não retornos), em qualquer turno (24h). <p>Crítérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes com suspeita de AVE descartada antes da avaliação médica formal; ● Pacientes que foram transferidos, evadidos ou evoluíram para óbito antes da avaliação médica; ● Casos com dados ausentes ou inconsistentes (ex: ausência de registro de horário de admissão ou avaliação médica, ou incompatibilidade entre horários). <p>Observações metodológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● O tempo deve ser calculado em minutos; ● Considerar o horário exato do registro de chegada (admissão) e o horário da primeira avaliação médica documentada; ● O horário deve ser extraído de sistemas informatizados com registro automático, sempre que possível. Registros manuais devem ser auditáveis; ● A análise pode ser feita mensalmente ou por turno, conforme o fluxo assistencial da unidade. |

Definições clínicas :

AVC Isquêmico (AVCI) - 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).

AVC hemorrágico (AVCH) - 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. A cefaleia súbita de forte intensidade geralmente está associada a Hemorragia Subaracnoide espontânea aneurismática, constituindo entidade à parte, com prognóstico e tratamento diversos.

Observação:

A contratada deverá assegurar que o tempo médio entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE seja **igual ou inferior a 10 (dez) minutos**, conforme diretrizes clínicas e protocolos assistenciais vigentes.

Referência:

HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCor. *Protocolo de acidente vascular cerebral*. [S. 1.]: HCor, 1 jan. 2012. p. 1-40.

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

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Média de tempo porta-antibiótico dos pacientes no protocolo de sepse. |
| Conceituação | 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. |
| Importância | A administração precoce de antibiótico, preferencialmente na primeira hora após o reconhecimento da sepse , é um dos fatores mais críticos para a redução da mortalidade . 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 linha de cuidado do paciente com sepse , 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. |
| Meta | ≤ 60 min |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador |

| | |
|------------------|--|
| Definição | <p>Tempo médio porta-antibiótico = soma de todos os tempos (em minutos) entre a chegada e antibiótico / Número de pacientes incluídos.</p> <p>Numerador: Soma de todos os tempos (em minutos) entre a chegada e o antibiótico.</p> <p>Critério de Inclusão:</p> <p>Tempo individual (em minutos ou horas) entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Horário de chegada (porta) do paciente à unidade de saúde (momento da triagem, acolhimento ou primeiro registro no sistema); ● E o horário da administração do primeiro antibiótico. <p>Observação: Inclui apenas os pacientes que compõem o denominador, ou seja, aqueles que atenderam todos os critérios de inclusão.</p> <p>Critério de Exclusão: Pacientes transferidos de outras unidades onde já haviam recebido antibiótico</p> <p>Denominador: Número de pacientes incluídos.</p> |
| | <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes com suspeita de sepse ou sepse confirmada que: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Foram atendidos em unidade de emergência (UPA, pronto-socorro) ou pronto atendimento hospitalar; ❖ Tiveram registro do horário de chegada (porta) e do horário da administração do antibiótico. <p>Critério de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Casos de sepse não reconhecida inicialmente (protocolo não acionado). ● Pacientes que não receberam antibiótico. ● Casos com dados incompletos ou inconsistentes, como: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ausência de registro do horário de chegada. ❖ Falta de registro da administração do antibiótico. ● Pacientes transferidos de outras unidades onde já haviam recebido antibiótico. ● Casos pediátricos (se o protocolo for específico para adultos). ● Casos de antibiótico profilático (não terapêutico). ● Pacientes com diretiva de cuidados paliativos exclusivos no momento da admissão. <p>Referência: 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 (>=24H)

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais ($\geq 24h$) |
| Conceituação | 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. |
| Importância | 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. |
| Meta | Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais. |
| Método de Cálculo | Numerador/ denominador x 100 |
| Definição | <p>a) Numerador: 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) Denominador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão do paciente na UPA (óbitos institucionais), em um mês.</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apenas óbitos ocorridos dentro da UPA. ● Pacientes que permaneceram em observação/atendimento na unidade por ≥ 24 horas. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Óbitos com menos de 24h de permanência em observação na UPA. ● Pacientes transferidos para outra instituição, com evolução final fora da UPA. <p>Público-alvo: Pacientes admitidos em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e mantidos em observação.</p> <p>Observações</p> <p>01. O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente na UPA, incluindo o período em observação.</p> <p>02. 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>03. 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>04. 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>Referência da Meta:</p> <p>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

| | |
|--|--|
| Nome | Satisfação do Usuário |
| Conceituação | 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. |
| Importância | 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. |
| Meta | Aferir satisfação do usuário $\geq 90,0\%$ |
| Método de Cálculo | Numerador / denominador x 100 |
| Definição | <p><u>Índice de Satisfação (90%):</u></p> <p>a) Numerador: Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.</p> <p>b) Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.</p> <p><u>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</u></p> <p>a) Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes após o término do atendimento na unidade.</p> <p>b) Denominador: Número total de pacientes atendidos na unidade.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes). <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisas com respostas consideradas negativas. <p>Observações 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Interpretações:</p> <p><u>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</u> 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.</p> <p>O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10%) dos atendimentos resultará na atribuição de pontuação zero ao indicador no Índice Global de Qualidade.</p> <p><u>Índice de Satisfação (90%):</u> 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:</p> <p>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> |
| PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|--------------|
| Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco SES/PE Nome da OSS que administra | PESQUISA DE SATISFAÇÃO Sua opinião é muito importante para melhorarmos nosso atendimento! | DATA: ____/____/____ | | | | |
| UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____ | | | | | | |
| Qual sua opinião sobre o atendimento prestado, com relação aos itens listados abaixo? | Marque com um "X" a alternativa mais próxima à sua opinião | | | | | |
| |  |  |  |  |  | |
| | ÓTIMO (5 pontos) | BOM (4 pontos) | REGULAR (3 pontos) | RUIM (2 pontos) | PESSIMO (1 ponto) | NÃO UTILIZEI |
| Instalações (Sala de Espera, Consultórios, banheiros, etc) | | | | | | |
| Limpeza Geral | | | | | | |
| 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 utilizei" 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. |
| Conceituação | Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período. |
| Importância | 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. |
| Meta | Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido. |
| Método de Cálculo | Numerador / denominador x 100 |
| Definição | <p>a) Numerador: Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período.</p> <p>b) Denominador: Número total de queixas recebidas no mesmo período.</p> <p>Crítérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Período de análise compatível: Apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual). <p>Crítérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não se aplica. <p>Observações 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para o Registro de Queixas a CONTRATADA 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 escrito, além de ouvidoria. • 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. • As 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, aprovando ou não os encaminhamentos dados. • A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de aceitação das respostas às queixas registradas. <p>Interpretações:</p> <p>CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão;</p> <p>SIMAS: Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais;</p> <p>Entende-se por queixa 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.</p> <p>Entende-se por resolução 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>1. Pertinência da Resposta</p> |

A resposta deve abordar de forma direta e clara o conteúdo da queixa registrada.

Deve demonstrar entendimento correto da demanda apresentada pelo autor da queixa.

2. Adequação da Solução Apresentada

A providência adotada pela CONTRATADA deve ser compatível com a natureza, gravidade e impacto da queixa.

Em situações cuja solução não seja imediata ou definitiva, deve ser justificado o encaminhamento para ações futuras ou medidas corretivas em andamento.

3. Cumprimento dos Prazos

A resposta à queixa deve ter sido registrada e encaminhada ao autor no prazo estabelecido pela Lei Estadual nº 16.420/2018 (20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos mediante justificativa registrada).

4. Clareza e Linguagem Adequada

A resposta deve ser redigida de forma compreensível, respeitosa e acessível ao perfil do autor da queixa.

Evitar termos técnicos sem a devida explicação e assegurar tom cordial e acolhedor.

5. Provas Documentais (se aplicável)

Quando cabível, anexar documentos, registros ou evidências que comprovem as providências adotadas para resolução da demanda (ex.: registros de atendimento, ordens de serviço, comunicações internas, notificações de ações corretivas).

6. Adoção de Medidas Preventivas (para casos recorrentes ou graves)

Para queixas de mesma natureza recorrentes ou de maior gravidade, a CONTRATADA deve apresentar, além da solução específica, medidas preventivas ou melhorias institucionais que evitem a repetição do problema.

Referências:

PERNAMBUCO. *Lei nº 16.420, de 17 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.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Programa de Qualificação de Operadoras: fichas técnicas dos indicadores*. [S. l.], [2023?].

BRASIL. *Taxa de Resolutividade (TR)*. Portal de Dados Abertos, [S. l.], [2023?].

INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA

2.2.1.11 QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Qualidade da Publicação das Informações de Transparência. |
| Conceituação | Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal. |
| Importância | O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida. |
| Meta | Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência. |
| Método de Cálculo | Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES. |
| Definição | <p>Observação 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. • A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, com base na normativa pertinente à 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. <p>Observação 02:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Referências:</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> <p>Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência</p> |



FICHA DE AVALIAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA

| UNIDADE: | | | |
|---|---|------------|------------|
| OBS: | | DATA: | |
| TRIMESTRE: | | AVALIADOR: | |
| MENU | INFORMAÇÃO | SITUAÇÃO: | OBSERVAÇÃO |
| 1. INSTITUCIONAL | 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 | |
| | 2. Membros do Órgão fiscal | Atualizado | |
| | 3. Membros do Órgão consultivo | Atualizado | |
| 4. COMPETÊNCIAS | 1. Legislação | Atualizado | |
| | 2. Matriz de Competências | Atualizado | |
| 5. CONTRATO DE GESTÃO | 1. Contrato de Gestão | Atualizado | |
| | 2. Termo Aditivo | Atualizado | |
| 6. DECRETO DE QUALIFICAÇÃO | 1. Decreto de qualificação | Atualizado | |
| | 2. Decreto de renovação de titulação | Atualizado | |
| 7. ESTATUTO SOCIAL | 1. Estatuto Social | Atualizado | |
| | 2. Atas do Estatuto Social | Atualizado | |
| 8. DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE | 1. CNPJ | Atualizado | |
| | 2. Fazenda Pública | Atualizado | |
| | 3. Seguridade Social | Atualizado | |
| | 4. FGTS | Atualizado | |
| | 5. Justiça do Trabalho | Atualizado | |
| | 6. Qualificação Técnica | Atualizado | |
| | 7. Experiência Anterior | Atualizado | |
| 9. RELATÓRIO FINANCEIRO E DE EXECUÇÃO | 1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato | Atualizado | |
| 10. DEMONSTRATIVOS FINANCEIROS | 1. Demonstrativos Financeiros | Atualizado | |
| 11. RELATÓRIO ASSISTENCIAL | 1. Relatório Assistencial | Atualizado | |
| | 2. Relatório Assistencial Anual Consolidado | Atualizado | |
| 12. DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS E PARECERES | 1. Demonstrações Contábeis | Atualizado | |
| | 2. Pareceres | Atualizado | |
| 13. REPASSES E RECEBIDOS | 1. Repasses recebidos e descontos | Atualizado | |
| 14. CONTRATAÇÕES | 1. Regulamentos | Atualizado | |
| | 2. Cotações | Atualizado | |
| | 3. Contratos | Atualizado | |
| | 3.1 Obras | | |
| | 3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica | Atualizado | |
| | 3.2 Serviços | | |
| | 3.2.1 Contratos - serviços: Pessoa Física e Pessoa Jurídica | Atualizado | |
| 3.3 Aquisição de Bens | | | |
| 3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica | Atualizado | | |
| 15. RECURSOS HUMANOS | 1. Regulamento para recrutamento de pessoal | Atualizado | |
| | 2. Servidores públicos cadidos | Atualizado | |
| 16. BENS PÚBLICOS | 1. Relatório dos bens públicos | Atualizado | |
| 17. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - SIC | 1. Atendimento Eletrônico | Atualizado | |
| | 2. Atendimento Presencial | Atualizado | |
| | 3. Relatório Estatístico - PNI | Atualizado | |

| | PONTUAÇÃO | LEGENDA | |
|-----------------|-----------|---------|-----------------------------|
| | | Nr | NÍVEL INTERVALO % |
| Atualizados: | 47 | 01 | DESEJADO 100% |
| Desatualizados: | 0 | 02 | MODERADO 75,01% 99,99% |
| Incompletos: | 0 | 03 | INTERMEDIÁRIO 50,01% 75,00% |
| Inexistentes: | 0 | 04 | INSUFICIENTE 25,01% 50,00% |
| | | 05 | CRÍTICO 0,00% 25,00% |

| | | | |
|------------|-------------------------|---------|----------|
| ASSINATURA | NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA: | 100,00% | DESEJADO |
|------------|-------------------------|---------|----------|

Fundamentação Legal
 - Lei Federal nº 12.527/2011;
 - Recomendação do Ministério Público Federal - MPF nº07/2017, IC nº1.26.000.000983/2017-79;
 - Resoluções do TCEPE nº 117 de 15 Dez 2020 e nr 154 de 15 Dez 2021;
 - Lei Estadual nº 15.210/2013

INDICADORES RELACIONADOS À EDUCAÇÃO PERMANENTE

2.2.1.12 TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente. |
| Conceituação | 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. |
| Importância | O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela CONTRATADA 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. |
| Meta | 100,0% das ações de educação na saúde programadas para o período. |
| Método de Cálculo | Numerador / denominador x 100 |
| Definição | <p>a) Numerador: Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente.</p> <p>b) Denominador: Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc. • Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividades educacionais realizadas fora do período analisado. <p>Interpretações:</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>Referências:</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: https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf. Acesso em: 22 dez. 2025.</p> |

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

| | |
|--------------------------|---|
| Nome | Taxa de adesão das equipes (assistenciais e administrativas) às ações de educação permanente |
| Conceituação | Avaliar a adesão e efetividade das ações de educação permanente 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. |
| Importância | 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. |
| Meta | Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente. |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador X 100 |
| Definição | <p>Numerador: Número de profissionais da unidade que participaram integralmente do(s) curso(s) proposto(s) durante o período de análise.</p> <p>Denominador: Número total de profissionais convocados ou previstos para participação nos cursos propostos, conforme planejamento da unidade ou exigência contratual.</p> <p>Crítérios de Inclusão (Numerador e Denominador):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profissionais com vínculo ativo na unidade no período do curso. - Cursos obrigatórios ou estratégicos definidos em plano de capacitação da unidade ou órgão gestor. - Participação integral ou carga horária mínima definida ($\geq 80\%$ de presença). <p>Crítérios de Exclusão (Numerador e Denominador):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profissionais afastados legalmente (férias, licenças, atestados) durante a realização do curso. - Cursos não previstos no plano de capacitação vigente ou não validados pelo gestor do contrato. <p>Observação 01:</p> <p>A taxa de adesão deverá ser calculada separadamente para as equipes assistencial e administrativa, utilizando a seguinte fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Equipe Assistencial: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, demais profissionais de nível superior, técnicos de enfermagem, técnicos em imobilização e demais profissionais de nível técnico. ● Equipe Administrativa: profissionais das áreas de apoio administrativo, faturamento, recepção, manutenção, serviços gerais, segurança patrimonial, entre outros. <p>Observação 02:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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. <p>Referência:</p> <p>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: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_educacao_permanente_saude.pdf. 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:

| QUADRO GERAL DE INDICADORES QUALITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO | | | |
|---|--|---|---------------------|
| TIPO | INDICADOR | ESPECIFICAÇÃO | META |
| EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL | 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 |
| PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA | 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 |
| PROTOCOLO AVE | 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 |
| QUALIDADE ASSISTENCIAL | 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**

| | |
|--------------------------|---|
| Nome | Tempo médio de transferência da unidade |
| Conceituação | 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. |
| Meta | Envio da informação. |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador |
| Definição | <p>Tempo Médio de Transferência (minutos) = $\frac{\text{Soma dos tempos de transferência de todos os pacientes no período}}{\text{Número total de pacientes transferidos no período}}$</p> <p>Observação:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 2. Todos esses tempos são somados. 3. O valor obtido é dividido pelo número total de pacientes transferidos no período avaliado. <p>Critérios de Inclusão (numerador):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes atendidos na unidade que tiveram indicação formal de transferência para hospital de referência; • Pacientes efetivamente transferidos durante o período de avaliação. <p>Critérios de Exclusão (numerador):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que foram a óbito antes da transferência; • Pacientes cuja transferência foi suspensa ou cancelada após decisão inicial; • Casos em que não há registro confiável dos horários de indicação ou saída. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número total de pacientes transferidos no período de avaliação. <p>Objetivo do Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. <p>Referência:</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

| | |
|--------------------------|---|
| Nome | Giro de leitos |
| Conceituação | 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. |
| Meta | Envio da informação. |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador |
| Definição | <p>Numerador: Número de pacientes que liberaram leito no período.</p> <p>Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que receberam alta da UPA; • Pacientes transferidos para outro hospital (hospital de referência); • Pacientes que faleceram no leito da UPA. <p>Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que ainda estão internados no leito no final do período; • Pacientes que não ocuparam leito de fato (triagem ou atendimento rápido sem leito). <p>Denominador: Número de leitos disponíveis no período.</p> <p>Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total de leitos habilitados e operacionais da UPA durante o período avaliado. <p>Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitos bloqueados por manutenção ou reforma; • Leitos de uso exclusivo não contabilizados na rotatividade (ex.: leitos administrativos ou isolamentos específicos). <p>Objetivo do Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a eficiência na utilização dos leitos da unidade, permitindo identificar a rapidez com que os pacientes recebem alta ou são transferidos e os leitos ficam disponíveis para novos atendimentos. Ele auxilia na otimização do fluxo de pacientes, 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. • 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. <p>Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Manual de indicadores de saúde: versão 2021</i>. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1396957/espma-manual-de-indicadores_2021_final_09052022.pdf. Acesso em: 19 ago. 2025.</p> |

2.3.1.3. NÚMERO DE ATENDIMENTO POR CID

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Número de atendimento por CID-10 |
| Conceituação | 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. |
| Importância | 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. |
| Meta | Envio da informação. |
| Método de Cálculo | Soma dos atendimentos por CID-10 |
| Definição | <p>Em palavras: Contabiliza-se a quantidade de atendimentos realizados, agrupados por CID-10, durante o período de referência.</p> <p>Critérios de Inclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os atendimentos realizados na UPA que possuam registro de código CID-10 válido; • Atendimentos de urgência ou emergência, desde que o CID-10 esteja corretamente preenchido. <p>Critérios de Exclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimentos sem registro de CID-10 ou com CID-10 inválido ou incompleto; • Registros duplicados ou inconsistentes no sistema. <p>Observações Metodológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada atendimento será contabilizado apenas uma vez, mesmo que haja múltiplos registros no mesmo dia. • Em caso de múltiplos diagnósticos por atendimento, será considerado o CID principal registrado pelo médico. <p>Periodicidade de Apuração e Apresentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calculado e apresentado mensalmente. <p>Referência: 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

| | |
|--------------------------|---|
| Nome | Taxa de Transferência |
| Conceituação | Mede a proporção de pacientes que, após atendimento ou observação, precisaram ser transferidos para outro hospital ou unidade de referência para continuidade do cuidado, internação ou atendimento especializado. |
| Meta | Envio da informação. |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador x 100 |
| Definição | <p>Numerador: Número de pacientes transferidos da UPA no período;</p> <p>Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes transferidos da UPA para hospital de referência ou unidade especializada; • Pacientes cuja transferência foi registrada oficialmente no sistema da unidade. <p>Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que receberam alta da UPA para casa; • Pacientes que faleceram na UPA (não considerados como transferência); • Pacientes que não ocuparam leito ou espaço de observação. <p>Denominador: Total de pacientes em leito/observação da UPA no período.</p> <p>Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os pacientes que ocuparam leito de observação da UPA durante o período. <p>Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes atendidos apenas na triagem ou em atendimento rápido sem leito; • Pacientes em leitos bloqueados ou não operacionais. <p>Observação - Esse indicador permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a complexidade dos casos atendidos na UPA; • Monitorar a eficiência do fluxo de regulação e transferência; • Apoiar planejamento de recursos e leitos, garantindo atendimento seguro e adequado. <p>Objetivo do Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. <p>Referência: 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

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Percentual de pacientes atendidos que são solicitados exames laboratoriais |
| Conceituação | 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. |
| Meta | Envio da informação. |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador X 100 |
| Definição | <p>Numerador: Número de pacientes atendidos na UPA com exames laboratoriais solicitados.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes atendidos na UPA que tiveram pelo menos um exame laboratorial solicitado durante o atendimento; • Pacientes de todas as faixas etárias, independente do turno de atendimento; • Pacientes com atendimento iniciado e finalizado na UPA (alta, transferência ou óbito após solicitação de exame). <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Denominador: Total de pacientes atendidos na UPA no mesmo período de análise.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os pacientes que passaram pelo atendimento na UPA durante o período de análise; • Pacientes com alta, transferência ou óbito após o atendimento. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Objetivo do Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Referência: INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE. <i>Manual norteador dos indicadores assistenciais</i>. [S.l.]: s.n., 2021.</p> |

2.3.1.6. PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS QUE SÃO SOLICITADOS RAI0-X

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Percentual de pacientes atendidos que são solicitados raio-x |
| Conceituação | Avalia a proporção de pacientes atendidos na UPA que tiveram solicitação de exame de imagem do tipo raio-X 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. |
| Meta | Envio da informação. |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador x 100 |
| Definição | <p>Numerador: Número de pacientes atendidos na UPA com exame de raio-x solicitado.</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes atendidos na UPA que tiveram pelo menos um exame de raio-X solicitado; • Pacientes de qualquer faixa etária ou turno de atendimento; • Pacientes com atendimento completo, incluindo alta, transferência ou óbito após solicitação do exame. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que não tiveram exame de raio-X solicitado; • Pacientes que vieram apenas para repetição de exame já solicitado por outra unidade; • Pacientes cujos exames foram cancelados ou não realizados por motivos administrativos ou clínicos. <p>Denominador: Total de pacientes atendidos na UPA no mesmo período de análise.</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os pacientes atendidos na UPA durante o período de análise; • Pacientes com atendimento completo (alta, transferência ou óbito). <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que abandonaram o atendimento ou saíram voluntariamente antes da avaliação clínica; • Pacientes atendidos apenas para procedimentos administrativos, sem avaliação clínica. <p>Objetivo do Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, a organização da escala de técnicos e radiologistas e a manutenção dos equipamentos necessários. • 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 de informação e comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE. <p>Referência: FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. <i>Termo de Referência</i>. Rio de Janeiro, 25 set. 2023.</p> |

2.3.1.7. PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS QUE SÃO SOLICITADOS ECG

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Percentual de pacientes atendidos que são solicitados ECG |
| Conceituação | Mede a proporção de pacientes atendidos na UPA que tiveram solicitação de eletrocardiograma (ECG) 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. |
| Meta | Envio da informação. |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador x 100 |
| Definição | <p>Numerador: Número de pacientes atendidos na UPA com solicitação de ECG</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes atendidos na UPA que tiveram pelo menos um ECG solicitado durante o atendimento (independe de ter sido realizado), registrado em prontuário/sistema; • Atendimentos de todas as faixas etárias e turnos; • Casos com alta, transferência ou óbito após a solicitação do ECG; • Quando houver múltiplos ECGs no mesmo atendimento, contar apenas 1 (deduplicar por atendimento). <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimentos sem solicitação de ECG; • ECG solicitado fora da UPA (pré-hospitalar ou outra unidade) apenas para coleta/laudo na UPA, sem avaliação clínica local; • Solicitações canceladas ou lançadas por erro (sem validade clínica). <p>Denominador: Número total de pacientes atendidos na UPA.</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os pacientes com atendimento clínico efetivo na UPA no período (classificados e avaliados por médico/enfermagem com registro de conduta); • Casos com alta, transferência ou óbito após avaliação. <p>Critério de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandono/saída voluntária antes da avaliação clínica; • Óbito na chegada sem avaliação/registo clínico. <p>Objetivo do Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. <p>Referência: 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)

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

- Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a eficiência do fluxo assistencial na UPA, monitorando se os pacientes são atendidos e recebem alta dentro de um tempo adequado segundo a gravidade do caso, identificando gargalos, garantindo prioridade para os pacientes mais graves e subsidiando decisões de gestão e melhoria da qualidade da assistência.
- 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**.

Referência:

FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Termo de Referência*. Rio de Janeiro, 25 set. 2023.

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

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

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Média de tempo porta-agulha para pacientes no protocolo de dor torácica |
| Conceituação | 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. |
| Meta | Envio da informação. |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador |
| Definição | <p>Numerador: Soma do tempo entre a chegada do paciente e a aplicação do trombolítico, de todos os pacientes incluídos.</p> <p>Critério de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST, atendidos na unidade e que receberam trombólise. <p>Critério de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que chegaram a óbito antes da administração do trombolítico ou que foram transferidos sem receber trombólise na unidade. <p>Denominador: Número total de pacientes incluídos no período.</p> <p>Critério de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total de pacientes elegíveis para o protocolo de dor torácica com indicação de trombólise, atendidos no período avaliado. <p>Critério de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com contraindicação formal à trombólise, pacientes que recusaram o procedimento e aqueles transferidos para hospital de referência sem receber trombólise na unidade. <p>Exemplo do Cálculo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chegada: 10h00 • Aplicação do trombolítico: 10h35 • Tempo do paciente = 35 minutos • Depois, você faz isso para todos os pacientes incluídos no protocolo de dor torácica. • Por fim, você tira a média aritmética desses tempos. <p>Observação:</p> <p>De acordo com os protocolos vigentes para a atenção às síndromes coronarianas agudas, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pode realizar a trombólise nos casos confirmados de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnivelamento 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 24 horas, a fim de dar seguimento ao cuidado especializado e avaliação para eventual necessidade de intervenção coronária percutânea.</p> |

Objetivo do Indicador

- Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a agilidade da assistência prestada aos pacientes com dor torácica e diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAM com SUPRA), mensurando o tempo médio entre a chegada à unidade (porta) e a administração do trombolítico (agulha). O objetivo é garantir que o tratamento seja iniciado de forma oportuna, em conformidade com os protocolos clínicos e diretrizes nacionais, contribuindo para a redução da mortalidade e de complicações cardiovasculares.
- 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**.

Referência:

HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCOR. *Protocolo de conduta no atendimento da dor torácica*. São Paulo: HCor, 2021.

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

| | |
|--------------------------|---|
| Nome | Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de AVE |
| Conceituação | 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. |
| Meta | Envio da informação. |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador |
| Definição | <p>Numerador: Soma do tempo entre a triagem do paciente e a efetivação da transferência, de todos os pacientes incluídos.</p> <p>Crítérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE) atendidos na unidade e que foram efetivamente transferidos para hospital de referência; ● Pacientes incluídos no protocolo de atendimento ao AVE, conforme critérios clínicos da unidade. <p>Crítérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes que não foram transferidos por óbito antes da transferência; ● Pacientes com diagnóstico descartado de AVE durante a avaliação inicial. <p>Denominador: Número total de pacientes incluídos no período.</p> <p>Crítério de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Total de pacientes triados com suspeita de AVE na unidade durante o período de avaliação. <p>Crítério de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes com contraindicação para transferência (ex.: óbito imediato, recusa do paciente ou familiares). ● Pacientes cujo quadro clínico não se enquadra no protocolo de AVE da unidade (ex.: sintomas já resolvidos, diagnóstico alternativo confirmado). <p>Objetivo do Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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. ● 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. <p>Referência: 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

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Número de notificações compulsórias de doenças e agravos geradas na unidade |
| Conceituação | 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. |
| Meta | Envio da informação. |
| Método de Cálculo | $N = \sum$ |
| Definição | <p>N = Número de notificações compulsórias no período Somatório = Todas as notificações realizadas no sistema de vigilância (ex.: SINAN, e-SUS VE)</p> <p>Critério de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas as notificações de doenças, agravos e eventos de saúde pública constantes na lista nacional de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4/2017 – Anexo V, atualizada); • Notificações registradas em sistemas oficiais de vigilância (ex.: SINAN, e-SUS VE, GAL, SIVEP-Gripe), independentemente da origem (atenção básica, hospitalar, UPA, pronto-atendimento); • Notificações realizadas dentro do período de competência avaliado (ex.: mês de referência); • Notificações confirmadas, suspeitas ou inconclusivas, desde que se enquadrem como obrigatórias pela legislação vigente. <p>Critério de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificações de doenças ou agravos não listados como compulsórios; • Registros duplicados no sistema (mesmo paciente, mesmo episódio); • Casos descartados epidemiologicamente antes do envio/validação pelo serviço de vigilância. <p>Objetivo do Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade monitorar e aprimorar a rotina de notificação da unidade, contribuindo para o controle de surtos, acompanhamento epidemiológico e tomada de decisões em saúde pública, garantindo a segurança da população e a conformidade com as normas legais de vigilância. • 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. <p>Referência:</p> <p>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.</p> <p>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

| | |
|--------------------------|--|
| Nome | Percentual de conformidade para os pacientes em leitos de observação |
| Conceituação | 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. |
| Meta | Envio da informação. |
| Método de Cálculo | Numerador / Denominador x 100 |
| Definição | <p>Numerador: Número de pacientes em leitos de observação entendidos conforme o protocolo.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que ocupam os leitos de observação da UPA; • Atendimento realizado em conformidade com protocolos e normas vigentes; • Atendimento registrado corretamente nos sistemas ou prontuários. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com atendimento fora dos protocolos; • Atendimento não registrado ou incompleto; • Pacientes que foram transferidos ou liberados antes da avaliação completa. <p>Denominador: Número total de pacientes em leitos de observação</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os pacientes em leitos de observação da UPA durante o período de avaliação; • Pacientes com registros suficientes para avaliação da conformidade. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não se aplica. <p>Objetivo do Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. <p>Referência: 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 **Isabela Cristina Coutinho de Albuquerque Neiva Coelho**, em 30/01/2026, às 19:48, 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 20:19, 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, informando o código verificador **80627609** e o código CRC **EEF54DA4**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

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