

**4º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 001/2023, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, E O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO, QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL MATERNIDADE BRITES DE ALBUQUERQUE - HMBA, NAS CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.**

O **ESTADO DE PERNAMBUCO**, por meio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, com sede à Rua Dona Maria Augusta Nogueira, nº 519, Bongi, Recife/PE, CEP 50.751-530, neste ato representada por sua Secretária, **Dra. ZILDA DO REGO CAVALCANTI**, nomeada pelo Ato nº 024, publicado no Diário Oficial do Estado em 02/01/2023, residente e domiciliada nesta cidade do Recife, doravante denominado **CONTRATANTE**, e o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 10.583.920/0005-67, com endereço à Rodovia PE-15, s/nº, Tabajara, Olinda/PE, CEP: 53.350-015, neste ato representado pelo Dr. **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, doravante denominada **CONTRATADO**, 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 nº 125/2025 da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI (ID. nº 70057958), o Parecer de Prorrogação nº 010/2025 da Comissão Mista de Avaliação - CMA (ID. nº 70664316) e os demais documentos constantes do Processo SEI nº 2300000302.000144/2025-04.

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. Constitui objeto do presente Termo Aditivo a **prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 001/2023 por mais 02 (dois) anos, correspondente ao período de 1º de agosto de 2025 a 31 de julho de 2027**, cujo escopo abrange o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde prestados pela **CONTRATADA** no Hospital Maternidade Brites de Albuquerque (HMBA), bem como a atualização dos anexos técnicos do referido instrumento.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR**

2.1. Em razão deste Termo Aditivo, a **CONTRATANTE** continuará pagando à **CONTRATADA** o **valor mensal de R\$ 5.317.576,96 (cinco milhões, trezentos e dezessete mil quinhentos e setenta e seis reais e noventa e seis centavos)**, conforme Despacho nº 664 da Gerência Administrativa Orçamentária dos Contratos de Gestão (ID. nº 70788243).

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

3.1. Os recursos necessários ao atendimento das despesas decorrentes deste instrumento correrão à conta da seguinte dotação orçamentária e nota de empenho (ID. nº 67028520):

**Fonte:** 0500000000

**Código U.O.:** 00208

**Programa de Trabalho:** 10.302.0528.4610.2105

**Elemento:** 3.3.50.85

**Nota de Empenho:** 2025NE009431 de 01/04/2025

**Valor da Nota de Empenho:** R\$ 4.846.994,01

3.2. A referida Nota de Empenho garante o pagamento da quantia de **R\$ 4.846.994,01 (quatro milhões, oitocentos e quarenta e seis mil novecentos e noventa e quatro reais e um centavo)**, devendo o valor restante ser complementado através de nota de empenho a

ser emitida pelo setor competente, e, posteriormente, ser registrada por simples apostilamento, dispensando a celebração de aditamento, sob pena de rescisão antecipada do contrato.

3.3. Nos exercícios seguintes, 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, sob pena de rescisão antecipada do contrato.

#### **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.

Recife, data da assinatura digital.

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

**GIL MENDONÇA BRASILEIRO**  
**HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**  
**CONTRATADO**

#### **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 Hospitalares (SIH), 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 hospitalar, bem como as metas Quantitativas e Qualitativas que serão analisadas e avaliadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), 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 HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no **HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE - HBA** até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar. No processo de hospitalização, estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, equipe de enfermagem e outros profissionais de nível médio e superior;
- Realização de procedimentos sob narcose;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS);
- Garantia de acompanhante para crianças, adolescentes, 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), 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;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE - HBA**.

### 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/PE, 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 CONTRATADAS

O **HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE - HBA** deverá apresentar um volume de atividade anual, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos nas seguintes áreas:

### 3.1. SAÍDAS HOSPITALARES

**TABELA 01:** Análise Projetada de Saídas Hospitalares por Mês:

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SAÍDAS HOSPITALARES														
INTERNAMENTO	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 saídas hospitalares	261	261	261	261	261	261	261	261	261	261	261	261	261	3.132

**Obs 01:** Considerando que a demanda é regulada, na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada de cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingir as metas contratualmente fixadas, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

### 3.2. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

**TABELA 02:** Estimativa Mensal de Produção – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL –SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)														
PROCEDIMENTOS	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		
Hemodiálise	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	2.880
Radiologia convencional	990	990	990	990	990	990	990	990	990	990	990	990	990	11.880
Endoscopia Digestiva	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360
Análises Clínicas	100% da necessidade do paciente													
Colonoscopia	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	180
Broncoscopia	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Ultrassonografia	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.440
Ultrassonografia com Doppler Arterial e Venoso	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720
Eletrocardiografia	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Ecocardiografia	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720
MAPA	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	180
HOLTER	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Eletroencefalografia	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
Tomografia Computadorizada	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.800
Ressonância Nuclear Magnética	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360

### 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), o **HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE - HBA** deverá atingir mensalmente as metas

definidas para os seguintes indicadores:

**Quantitativos:** Número de saídas hospitalares.

**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:

**Assistência à saúde:** Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto/UTI pediátrica; Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto/UTI pediátrica; Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto/UTI pediátrica; Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden); Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (por mil); Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente . **Vigilância do Óbito:** Taxa de revisão dos óbitos institucionais ( $\geq 24$ h). **Atenção ao Usuário:** Satisfação do usuário; Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. **Transparência:** Qualidade da publicação das informações de transparência. **Educação Permanente:** Taxa de execução do Plano de Educação Permanente.

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

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

**Quadro 01** - Produção Assistencial – Dados Quantitativos:

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META
Produção	Número de saídas hospitalares	261

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

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	INDICADOR	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Qualidade da assistência à saúde	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	≤ 1,66	Pontuação:7	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	7	62
		> 1,66 e ≤ 4,76	Pontuação: 4			
		> 4,76	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica.	0,0	Pontuação:7	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	7	
		> 0,0 e ≤ 2,7	Pontuação:4			
		> 2,7	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI Adulto.	≤ 3,63	Pontuação: 8	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	8	
		> 3,63 e ≤ 7,1	Pontuação: 4			
		>7,1	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica.	≤ 4,7	Pontuação: 8	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	8	
		> 4,7 e ≤ 10,03	Pontuação: 4			
		> 10,03	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	≤7,76	Pontuação: 7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	
		7,76 e ≤ 13,76	Pontuação: 4			
> 13,76		Pontuação: 0				
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica.	≤ 2,5	Pontuação: 7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7		
	>2,5 e ≤ 6,13	Pontuação: 4				
	> 6,13	Pontuação: 0				
Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	5		
	A incidência de LPP no Grupo B (Braden ≤12) for igual ou inferior a 11,1%. (Obs: Com plano de cuidados documentado).			3		
Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (por 1000 pacientes-dia).	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	5		
Conformidade com o Programa Nacional de	Envio do Relatório de Segurança do paciente.		Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	5		

	Segurança do Paciente.				
<b>Vigilância do Óbito</b>	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h).	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais.	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	8	8
		Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais.		4	
		Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais.		0	
<b>Atenção ao Usuário</b>	Satisfação do usuário.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	14
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%.		5	
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%.		3	
		Aferir satisfação do usuário menor que 70%.		0	
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	
<b>Transparência</b>	Qualidade da publicação das informações de transparência.	Atingir o grau desejável (75% - 100%) de qualidade da publicação das informações de transparência .	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE.	8	8
		Atingir o grau moderado (50% - 75%) de qualidade da publicação das informações de transparência.		5	
		Atingir o grau insuficiente (25% - 50%) de qualidade da publicação das informações de transparência.		3	
		Atingir o grau crítico (0% - 25%) de qualidade da publicação das informações de transparência.		2	
		Atingir o grau inexistente (0%) de qualidade da publicação das informações de transparência.		0	
<b>EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>	Taxa de execução do Plano de Educação Permanente.	90,0% a 100% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	8	8
		80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		5	
		70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		3	
		< 70,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.		0	
<b>Total</b>				<b>100</b>	<b>100</b>

**OBS 1:** No que diz respeito ao Índice Global de Qualidade, o **primeiro trimestre** será monitorado e avaliado. No entanto, os resultados obtidos nesse período não serão objeto de apontamento de descontos, uma vez que esse intervalo é destinado à implantação das metodologias de análise dos indicadores.

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

QUADRO GERAL DE INDICADOR (QUANTITATIVO - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META
Produção	Número de consultas realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico.	Envio da Informação

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.

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

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

As informações mínimas solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

**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.** Censo de origem dos pacientes atendidos;

**5.5.** Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;

**5.6.** Outras, a serem definidas pela **CONTRATANTE**.

**5.7.** Na hipótese de impossibilidade, por parte da **CONTRATADA**, de cumprimento das metas estipuladas no presente contrato e seus anexos, não incidirão descontos relativos ao não cumprimento das metas de produção assistencial se o único motivo for a inexistência de demanda suficiente para atingir os parâmetros contratualmente fixados, desde que os dados e informações que atestam a não ocorrência de demanda, enviados mensalmente pela contratada, sejam, aprovados e validados pela **CONTRATANTE**.

**5.8.** Na hipótese de a **CONTRATADA** não atingir, em determinado trimestre, o mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) das metas pactuadas no contrato de gestão, esta será notificada para que nos dois trimestres subsequentes, adstritos ao ano orçamentário, promova a respectiva compensação mediante produção excedente, conforme disposto no Art. 15-A da Lei 15.210/13 e no Art. 37. do Decreto Estadual 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 4 (quatro) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

(X) Internamento

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 do **HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE - HBA** para o exercício de 2025/2026 destinado ao custeio com as Despesas Operacionais e Administração Central do Contrato de Gestão é de **R\$ 58.163.928,12 (cinquenta e oito milhões, cento e sessenta e três mil, novecentos e vinte e oito reais e doze centavos)**, sendo mensal de **R\$ 4.846.994,01 (quatro milhões, oitocentos e quarenta e seis mil, novecentos e noventa e quatro reais e um centavo)**, incluindo os recursos com administração central.

**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\$ 40.714.749,68 (quarenta milhões, setecentos e quatorze mil, setecentos e quarenta e nove reais e sessenta e oito centavos)** será repassado em 12 (doze) parcelas mensais no

valor de **R\$ 3.392.895,81 (três milhões, trezentos e noventa e dois mil, oitocentos e noventa e cinco reais e oitenta e um centavos)**.

**1.4.2. 20% (vinte por cento)** do valor mencionado no item 1.1.2 acima, ou seja, **R\$ 11.632.785,62 (onze milhões, seiscentos e trinta e dois mil, setecentos e oitenta e cinco reais e sessenta e dois centavos)** serão repassados em 12 (doze) parcelas mensais, de até **R\$ 969.398,80 (novecentos e sessenta e nove mil, trezentos e noventa e oito reais e oitenta centavos)** junto a parcela fixa, sendo esse valor 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 acima, ou seja, **R\$ 5.816.392,81 (cinco milhões, oitocentos e dezesseis mil, trezentos e noventa e dois reais e oitenta e um centavos)** será repassado em 12 (doze) parcelas mensais de até **R\$ 484.699,40 (quatrocentos e oitenta e quatro mil, seiscentos e noventa e nove reais e quarenta centavos)**, junto a parcela fixa, sendo esse valor vinculado à avaliação dos indicadores qualitativos e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no 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) e Sistemas de Informações Hospitalares (SIH), 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, o **HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE - HBA** 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 será analisada em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços, e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada, conforme tabela abaixo:

**TABELA 01:** Proporção dos indicadores e despesas especificadas

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR
Número de saídas hospitalares	Acima do volume contratado	20% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	20% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	18% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	15% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	10% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	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:

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

Adicionalmente, considerando o caráter de transição e a necessidade de adaptação das equipes gestoras e assistenciais aos novos parâmetros estabelecidos, fica definido que, durante o primeiro trimestre de vigência da nova sistemática de pagamento, não serão aplicados descontos sobre o valor referente aos indicadores qualitativos, independentemente da pontuação obtida no Índice Global de Qualidade. Esse período de adaptação visa assegurar a assimilação adequada dos novos critérios de avaliação, possibilitando ajustes operacionais e aprimoramento dos processos institucionais antes do início da aplicação plena da sistemática revisada.

## ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO

Os Indicadores estão relacionados à quantidade de atendimentos (produção) e à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

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 2025/2026 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%) 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 Nº 15.210/2013 e suas alterações e do Decreto 58.200/2025.

#### 2. METAS E INDICADORES

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

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

**Quadro 01:** Indicadores de Quantitativos com Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Produção	Número de saídas hospitalares	Total de saídas hospitalares	Atingir o quantitativo de <b>261 saídas hospitalares</b> por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

##### 2.1.1. NÚMERO DE SAÍDAS HOSPITALARES

O indicador de saídas hospitalares vai identificar a quantidade de saídas hospitalares – aquelas que geram AIH's – ocorridas na unidade, mês a mês, em conformidade com a quantidade especificada no contrato celebrado. Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até **20,0%** do valor global do contrato.

As informações de produção serão informadas mensalmente, até o **20º dia** do mês subsequente à produção, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC deliberada pela **CONTRATANTE**.

A meta para este indicador é realizar **261** saídas hospitalares por mês.

Abaixo segue tabela contendo os percentuais a serem aplicados ao indicador em questão para fins de pagamento a serem realizados:

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de saídas hospitalares	Acima do volume contratado	20% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	20% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	18% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	15% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	10% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

##### 2.2 INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

Os indicadores quantitativos 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 trimestrais com a **CONTRATANTE**, podendo servir de base para reavaliações contratuais, auditorias ou reestruturações de processos.

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

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS				
TIPO	INDICADOR QUANTITATIVO	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PRODUÇÃO	Número de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico.	Total de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico.	Apresentar o quantitativo de consultas ambulatoriais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Número de procedimentos de SADT por tipo	Total de procedimentos de SADT por tipo	Apresentar informação sobre os procedimentos de SADT	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.

### 2.2.1. NÚMERO DE CONSULTAS INDIVIDUAIS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICO.

Este é um indicador não financeiro, aferido mensalmente, que tem por objetivo demonstrar a produção de atendimentos realizados por profissionais de nível superior (exceto médico), discriminada por categoria profissional.

As informações deverão ser registradas até o **20º** dia do mês subsequente ao da competência, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) que vier a ser definida pela contratante.

### 2.2.2. NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE SADT POR TIPO

Trata-se de indicador não valorado, que tem como meta a apresentação de informações da oferta, agendamento e produção de procedimentos dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, devendo a oferta mínima ser compatível com a execução em número e qualidade suficiente e necessária ao diagnóstico do paciente assistido, com vistas aos princípios da eficiência da administração e equidade do SUS.

As informações deverão ser prestadas por meio do SIMAS, com transmissão dos dados inerentes ao SADT até o **20º dia** do mês subsequente à execução da atividade.

## 2.3. INDICADORES DE QUALIDADE

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 qualidade da assistência à saúde, eficiência da gestão, 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
Qualidade da assistência à saúde	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI.	≤ 1,66	Pontuação: 7	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	7	62
			> 1,66 e ≤ 4,76	Pontuação: 4			
			> 4,76	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes pediátricos relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI pediátrica.	0,0	Pontuação: 7	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	7	
			> 0,0 e ≤ 2,7	Pontuação: 4			
			> 2,7	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI Adulto.	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	≤ 3,63	Pontuação: 8	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	8	
			> 3,63 e ≤ 7,1	Pontuação: 4			
			> 7,1	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica.	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica.	≤ 4,7	Pontuação: 8	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	8	
> 4,7 e ≤ 10,03			Pontuação: 4				
> 10,03			Pontuação: 0				
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	Avaliar a frequência de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes adultos internados em UTI.	≤ 7,76	Pontuação: 7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7		
		> 7,76 e ≤ 13,76	Pontuação: 4				
		> 13,76	Pontuação: 0				
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica.	Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica.	≤ 2,5	Pontuação: 7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7		
		> 2,5 e ≤ 6,13	Pontuação: 4				
		> 6,13	Pontuação: 0				

	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes adultos internados, de acordo com a classificação de risco obtida pela Escala de Braden.	A incidência de LPP no Grupo A (Braden $\geq 13$ ) for igual ou inferior a 2,2%.  A incidência de LPP no Grupo B (Braden $\leq 12$ ) for igual ou inferior a 11,1%. (Obs: Com plano de cuidados documentado).	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	5  3	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia.	Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.	$\leq 2,2$ a cada 1.000 pacientes-dia.	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.	5	
<b>Vigilância do Óbito</b>	Taxa de revisão dos óbitos institucionais ( $\geq 24$ h).	Avaliar as causas dos óbitos que ocorreram após 24 horas de internação.	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais.	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	8	8
			Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais.		4	
			Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais.		0	
<b>Atenção ao Usuário</b>	Satisfação do usuário.	Aferição mensal do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes atendidos.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	14
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%.		5	
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%.		3	
			Aferir satisfação do usuário menor que 70%.		0	
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Publicação mensal das respostas às queixas recebidas na unidade de saúde	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	
Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.	Aferição mensal de informações de transparência em consonância com normativas vigentes.	Atingir o grau desejável de (75% - 100%) qualidade da publicação das informações de transparência.		8	8	
		Atingir o grau moderado (50% - 75%) de qualidade da publicação das informações de transparência.		5		
		Atingir o grau insuficiente (25% - 50%) de qualidade da publicação das informações de transparência.		3		
		Atingir o grau crítico (0% - 25%) de qualidade da publicação das		2		

Transparência			informações de transparência.	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da	0	
			Attingir o grau inexistente (0%) de qualidade da publicação das informações de transparência.			
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.	Avaliar a execução do plano de educação permanente.	90,0% a 100% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	8	8
			80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		5	
			70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		3	
			< 70,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.		0	
Total					100	100

Vale ressaltar que, no caso dos indicadores cuja fonte de verificação seja o SIMAS, deve-se considerar a viabilidade de mensuração por meio deste sistema. Caso a mensuração não seja possível através dele, a Secretaria Estadual de Saúde poderá indicar uma alternativa para a apuração do resultado.

### 3. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES

As fichas técnicas a seguir têm como finalidade detalhar os principais indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da qualidade dos serviços ofertados pela **CONTRATADA**. Cada ficha apresenta a conceituação do indicador, sua relevância, a fórmula de cálculo (quando aplicável), definições e observações pertinentes que auxiliarão no correto envio das informações à Secretaria Estadual de Saúde (SES). A seguir, são disponibilizadas as fichas técnicas:

#### INDICADORES RELACIONADOS À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

##### 3.1. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA À CATETER VESICAL DE DEMORA EM UTI ADULTO / UTI PEDIÁTRICA.

<b>Nome</b>	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Adulto / UTI Pediátrica.
<b>Conceituação</b>	Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
<b>Importância</b>	O acompanhamento da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora (ITU-CVD) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui um componente essencial da vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), bem como do monitoramento da qualidade e da segurança do cuidado prestado em ambientes críticos. A infecção urinária associada a CVD é uma das IRAS mais prevalentes em UTIs, estando fortemente relacionada ao uso prolongado e/ou inadequado do dispositivo, à adoção de técnicas assépticas inadequadas durante a inserção e a manutenção, bem como a falhas na aplicação de protocolos
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 1.000
<b>Definições</b>	<p><b>Fórmula do cálculo:</b> (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000</p> <p>Estratificar os dados da fórmula em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de terapia intensiva (UTI).</li> </ul> <p><b>a) Numerador:</b> Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário;</li> <li>• O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior;</li> <li>• Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que utilizam cateter duplo J;</li> <li>• Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de demora, como cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente.</li> <li>• Pacientes admitidos na UTI já com cateter vesical de demora instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI).</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A caracterização de infecção do trato urinário (ITU) associada ao uso de cateter vesical de demora (CVD) deverá obrigatoriamente seguir os <b>critérios diagnósticos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)</b>, conforme descrito no <b>Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), nº 01 / 2024</b>.</li> <li>• Os casos deverão ser validados pela <b>Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)</b> da unidade, com base em registros clínicos, laboratoriais e de dispositivos, assegurando uniformidade, rastreabilidade e comparabilidade dos dados.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b> A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo.</p> <p><b>Definições:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cateter Vesical de Demora (CVD): considera-se aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente</li> </ul>

- Infecção do trato urinário em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior.

**Observação 03:**

O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de trato urinário associada a cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD. Quanto menor a taxa de infecção de trato urinário associada a CVD, melhor.

**Observação 04:**

Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023.

**Referência da meta:** Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA.

**Referências:**

**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP).** *Observatório ANAHP*. 3. ed. São Paulo: ANAHP, 2011.

**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP).** *Observatório ANAHP 2019: publicação anual*. 11. ed. São Paulo: ANAHP, 2019.

**BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** *Instrução Normativa n.º 4, de 24 de fevereiro de 2010*. Brasília: Anvisa, 2010.

**BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** *Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde*. Brasília: Anvisa, set. 2010.

**BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** *Segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde: indicador nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde. Boletim Informativo*, v. 1, n. 3, Brasília, 2011.

**BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** *Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva*. Nota Técnica GVIMS/GGTES n.º 03/2019. Brasília: Anvisa, 2019.

**BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** *Critérios diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde*. Resolução n.º 07, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010.

**3.2. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA, LABORATORIALMENTE CONFIRMADA, ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EM UTI ADULTO / UTI PEDIÁTRICA.**

<b>Nome</b>	Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, Associada à Cateter Venoso Central em UTI Adulto / UTI Pediátrica.
<b>Conceituação</b>	<p>A taxa de densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central (CVC), em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal é expressa por 1.000 cateteres-dia. A utilização de "cateter-dia" como denominador permite o ajuste do tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a ocorrência dessa infecção.</p> <p>Este indicador é aplicável às Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal, devendo ser analisado de forma estratificada por faixa etária, de modo a permitir uma avaliação mais precisa do risco e da qualidade do cuidado prestado em cada grupo populacional.</p>
<b>Importância</b>	Indicador essencial para o controle de infecções hospitalares. Ele reflete diretamente as práticas de cuidados intensivos e contribui para a melhoria da qualidade assistencial nas UTIs. Monitorar e reduzir essa taxa é fundamental para a segurança do paciente e para garantir um atendimento eficaz e com menor risco de complicações associadas a infecções graves.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 1000
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês.</p> <p><b>Critérios de inclusão :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dispositivos que <b>não se enquadram</b> como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.).</li> <li>● Pacientes admitidos na UTI já com cateter venoso central instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI).</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.</li> <li>● A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo.</li> <li>● Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.</li> <li>● NÃO são considerados cateteres centrais para fins de notificação de dados de IPCSL: fistula arteriovenosa, enxerto arteriovenoso, cateteres atriais (também conhecidos como cateteres intracardiacos transtorácicos, os cateteres inseridos diretamente no átrio direito ou esquerdo através da parede do coração), suporte de vida extracorpóreo (ECMO), enxerto para hemodiálise (HERO), dispositivos de bomba de balão intra-aórtico (BIA), cateter periférico ou cateter de linha</li> </ul>

média (midline), dispositivo de assistência ventricular (VAD), cateter arterial, que não se enquadra na definição de cateter central.

- Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.
- Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023.
- Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (ANVISA), nº 01 / 2024.

**Definições:**

- Cateter central: dispositivo intravascular utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação esteja posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquiocefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e em recém-nascidos todo cateter umbilical venoso ou arterial.
- Tipos de cateteres centrais para fins de vigilância epidemiológica:
- Cateter central permanente: 1) cateter tunelizado, incluindo o cateter tunelizado de hemodiálise; 2). cateter totalmente implantável, incluindo ports.
  - Cateter central temporário: cateter não tunelizado, cateter não implantável, incluindo cateter temporário para hemodiálise.
  - Cateter central de inserção periférica (PICC): dispositivo intravenoso, introduzido através de uma veia superficial ou profunda de um membro superior ou inferior até o terço distal da veia cava superior ou proximal da veia cava inferior.
  - Cateter umbilical: dispositivo vascular central inserido por meio da artéria ou veia umbilical em neonatos. Todos os cateteres umbilicais são considerados cateteres centrais).
  - Cateter Venoso Central (CVC): cateter vascular inserido no coração ou próximo dele ou em grandes vasos para infusão de medicamentos ou nutrição, coleta de sangue ou monitorização hemodinâmica. São considerados grandes vasos: artérias pulmonares, veia cava superior, veia cava inferior, tronco braquiocefálico, veias jugulares internas, veias subclávias, veia ilíaca externa e veia femoral. Em neonatos, cateteres umbilicais são considerados centrais.

**Referência da meta:**

Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA.

**Referências:**

**BRASIL. Ministério da Saúde.** *Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC).* Agência Nacional de Saúde Suplementar. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1–4.

### 3.3. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO / UTI PEDIÁTRICA.

Nome	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em UTI Adulto / UTI Pediátrica.
Conceituação	Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), dividido pelo número total de dias de ventilação mecânica (VM-dia), multiplicado por 1000.
Importância	É um importante indicador para a gestão da qualidade e segurança do paciente em UTIs. Monitora-la ajuda a identificar problemas de prevenção e controle de infecções, e pode orientar as equipes de saúde em estratégias para reduzir a incidência de infecções associadas à ventilação mecânica. Além disso, é um parâmetro essencial para garantir que os cuidados prestados em ambientes críticos sejam sempre os mais eficazes e seguros.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
Definição	<p><b>a) Numerador:</b> Número de episódios de pneumonia diagnosticada segundo os critérios clínico-epidemiológicos e laboratoriais da ANVISA, ocorridos em pacientes em ventilação mecânica invasiva por mais de dois dias consecutivos, em um mês.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou esta havia sido removida no dia anterior.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos de ventilação e expansão pulmonar que fornece pressão positiva para as vias aéreas por meios não invasivos (por exemplo: máscara nasal, máscara facial, cateter de alto fluxo CPAP, BIPAP etc.) não são considerados ventiladores mecânicos, a menos que a pressão positiva seja fornecida por via aérea artificial (tubo endotraqueal oral / nasal ou tubo de traqueostomia).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Número de dias de VM (VM/dia)</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total de dias em que todos os pacientes da UTI estiveram em ventilação mecânica invasiva, durante o período avaliado, em um mês.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dias em que o paciente não esteve em ventilação mecânica invasiva</li> <li>• Pacientes em outras unidades que não a UTI.</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventilador mecânico: dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal.</li> <li>• Em caso de reintubação, considerar novo episódio de ventilação mecânica se o intervalo entre extubação e nova intubação for superior a 48 horas. Nesse caso, reinicia-se a contagem de D1.</li> <li>• A validação dos casos de PAV deve ser realizada por profissionais treinados em vigilância epidemiológica hospitalar, preferencialmente sob a coordenação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com base nos critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).</li> <li>• Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023.</li> </ul> <p><b>Referência da meta:</b> Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA.</p> <p><b>Referências:</b>  <b>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA.</b> <i>Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2024: orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde.</i> [S. l.]: Anvisa, 3 jan. 2024. p. 1–55.</p>

### 3.4. INCIDÊNCIA DE PACIENTES COM LESÃO POR PRESSÃO (LPP) ADQUIRIDA NO HOSPITAL, AJUSTADA POR RISCO CLÍNICO (ESCALA DE BRADEN).

<b>Nome</b>	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).
<b>Conceituação</b>	Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante a internação hospitalar, ajustando os dados de acordo com a classificação de risco clínico dos pacientes (Escala de Braden) e considerando o tempo de exposição (em pacientes-dia).
<b>Importância</b>	<p>A incidência de lesão por pressão (LPP) ajustada pelo risco clínico, por meio da Escala de Braden, é fundamental para avaliar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes internados. Este indicador permite identificar eventuais falhas nos processos de cuidado, especialmente relacionados à prevenção, monitoramento e manejo das condições que levam ao desenvolvimento de LPP.</p> <p>Ao ajustar a avaliação pelo grau de risco dos pacientes, considera-se a maior vulnerabilidade daqueles com comorbidades, limitações funcionais e internações prolongadas, assegurando uma análise justa e realista do desempenho institucional. A redução da incidência de LPP contribui para a diminuição do tempo de internação, a prevenção de complicações secundárias e a otimização dos recursos hospitalares.</p> <p>Além disso, o acompanhamento sistemático deste indicador atende às diretrizes nacionais e internacionais de segurança do paciente, sendo um requisito para o cumprimento dos contratos de gestão e a liberação da parte variável dos recursos vinculados à qualidade da assistência.</p>
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de pacientes do <b>Grupo A ou B</b> que desenvolveram LPP</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de pacientes do <b>Grupo A ou B</b> sem LPP na admissão</p> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Grupo A</b> : Pacientes com Braden <math>\geq 13</math> (baixo/médio risco);</li> <li>● <b>Grupo B</b> : Pacientes com Braden <math>\leq 12</math> (alto risco)</li> </ul> <p><b>Crítérios de inclusão (para numerador e denominador):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes adultos (<math>\geq 18</math> anos) internados em unidades de internação clínica, cirúrgica ou UTI;</li> <li>● Que não apresentavam LPP na admissão hospitalar;</li> <li>● Com registro da Escala de Braden na admissão;</li> <li>● Com permanência mínima de 48 horas no hospital (internações muito breves podem não permitir avaliação real de risco ou surgimento da lesão).</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes com <b>LPP pré-existente</b> no momento da admissão;</li> <li>● Pacientes com <b>internação inferior a 48 horas</b>;</li> <li>● Pacientes sem avaliação pela Escala de Braden devidamente registrada;</li> <li>● Pacientes em cuidados paliativos exclusivos, com registro de plano de conforto;</li> <li>● Casos em que houve <b>recusa documentada</b> de familiares quanto à adoção de medidas preventivas essenciais.</li> <li>● Pacientes em cuidados paliativos avançados, nos quais a prevenção ou tratamento da lesão por pressão não constitui mais objetivo terapêutico, conforme registrado em prontuário;</li> </ul> <p><b>Avaliação de Risco Pela Escala de Braden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A Escala de Braden é a mais utilizada no Brasil para medir o risco que o usuário dos serviços de saúde tem de apresentar uma LPP. É constituída de seis variáveis para avaliação em seis subescalas: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Força de Cisalhamento.</li> <li>● Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3.</li> <li>● O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os usuários classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9 pontos), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos).</li> </ul> <p><b>Observação 02</b></p> <p>A avaliação de risco para esse tipo de lesão deverá ser realizada o mais precocemente (recomendável dentro das primeiras 8 horas) após a admissão do usuário na unidade.</p> <p>Segue a Escala de Braden em formato resumido:</p> <p><b>Figura 1:</b> Escala de Braden ( Fatores de risco para Lesão por Pressão) Versão resumida.</p>

Pontos	1	2	3	4
<b>Percepção Sensorial</b>	Totalmente limitado	Muito limitado	Leve Limitado	Nenhuma limitação
<b>Umidade</b>	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
<b>Atividade</b>	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
<b>Mobilidade</b>	Totalmente imóvel	Bastante limitado	levemente limitado	Não apresenta limitações
<b>Nutrição</b>	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
<b>Fricção e cisalhamento</b>	Problema	Problema em potencial	nenhum problema	-
<b>Risco Muito Alto</b>			<b>6 a 9 pontos</b>	
<b>Risco Alto</b>			<b>10 a 12 pontos</b>	
<b>Risco Moderado</b>			<b>13 a 14 pontos</b>	
<b>Risco Leve</b>			<b>15 a 18 pontos</b>	

Fonte: Guia Rápido de Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão, 2020.

#### Interpretações:

**Classificação das Lesões por Pressão (conforme NPUAP/EPUAP/PPPIA):** As lesões por pressão devem ser classificadas de acordo com os seguintes estágios:

**Estágio 1** – Eritema não branqueável em pele íntegra. A pele pode estar dolorosa, firme, mole, mais quente ou mais fria que o tecido adjacente. **Estágio 2** – Perda parcial da espessura da pele, envolvendo epiderme e/ou derme. Pode se apresentar como abrasão, bolha (íntegra ou rompida) ou úlcera superficial, sem presença de tecido esfacelado ou necrose. **Estágio 3** – Perda total da espessura da pele, com comprometimento do tecido subcutâneo, podendo haver presença de tecido desvitalizado. Não há exposição de osso, tendão ou músculo. **Estágio 4** – Perda total da espessura tecidual com exposição de osso, tendão ou músculo. Frequentemente apresenta escaras ou esfacelos e pode ocorrer tunelização. **Lesão Tissular Profunda (LTP)** – Área localizada de descoloração púrpura ou castanha, pele íntacta ou com flictena sanguinolenta, indicando dano em tecidos profundos. Pode evoluir rapidamente para uma úlcera de espessura total. **Lesão por Pressão Não Classificável** – Ferida coberta por tecido desvitalizado (esfacelo ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação. **Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico** – Lesão resultante da pressão exercida por dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos ou terapêuticos (ex: sondas, máscaras, tubos). Apresenta, geralmente, a forma ou o contorno do dispositivo. Deve ser classificada conforme os estágios descritos acima, sempre que possível. **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas** – Ocorre em locais com mucosas (boca, narinas, genitália), associada ao uso de dispositivos médicos. Essas lesões **não devem ser classificadas em estágios** devido à anatomia do tecido.

#### Conduas Preventivas:

As seis etapas essenciais de prevenção de LP, segundo a ANVISA (2013) são:

- ETAPA 1: Avaliação de lesão por pressão na admissão
- ETAPA 2: Reavaliação periódica do risco de desenvolvimento de lesão
- ETAPA 3: Inspeção diária da pele
- ETAPA 4: Manejo da umidade - manutenção do usuário seco e com a pele hidratada
- ETAPA 5: Otimização da nutrição e da hidratação
- ETAPA 6: Minimizar a pressão

**Observação 03:** Os dados deverão ser encaminhados à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS).

#### Referências:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ. *Protocolo para prevenção de úlcera por pressão*. PROQUALIS, [S. l.], p. 1–20, 9 jul. 2013. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/protocolo/protocolo-para-prevencao-de-ulcera-por-pressao>. Acesso em: 30 maio 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *Guia rápido de prevenção e tratamento de lesão por pressão*. Brasília, DF: SES-DF, [2020]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/91089/GUIA-RAPIDO-DE-PREVENCAO-E-TRATAMENTO-DE-LP.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA; MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. *Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2023: práticas de segurança do paciente em serviços de saúde: prevenção de lesão por pressão*. 2023.

**3.5. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE QUEDAS (COM OU SEM LESÃO) DE PACIENTES INTERNADOS (POR 1000 PACIENTES-DIA).**

<b>Nome</b>	Densidade de Incidência de Quedas (com ou sem lesão) de Pacientes Internados (por mil).
<b>Conceituação</b>	Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição.
<b>Importância</b>	O indicador em questão mensura a taxa de incidência de quedas, com ou sem lesões associadas, por 1.000 pacientes internados. A redução desta taxa é indicativa de melhoria na segurança do paciente.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 1000
<b>Definição</b>	<p><b>Densidade de Incidência de Quedas</b> = (Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse/ Total de pacientes-dia) × 1.000.</p> <p><b>a) Numerador:</b> Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas, quedas assistidas, quedas repetidas. Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda);</li> <li>• Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V);</li> <li>• Todos os pacientes da instituição independente da idade.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe.</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes adultos, sob regime de internação nas unidades qualificadas para análise. Pacientes internados, de curto prazo, sob observação e para cirurgias no mesmo dia que recebam cuidados em unidades de internação qualificadas durante parte ou todo um dia. Unidades de cuidado crítico, semi-intensivo, médico, cirúrgico, médico-cirúrgico combinado para adultos, unidades de gravidade mista, unidades pediátricas e obstétricas. Pacientes em uma unidade qualificada para reportar dados são incluídos na contagem de paciente-dia.</li> </ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é aplicável.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <p><b>Queda:</b> Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008; Sociedade Hospital Samaritano, 2013).</p> <p><b>Observação 02:</b></p> <p><b>Dano:</b> comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico. Níveis de lesão: <b>Nível I</b> (nenhum): paciente não sofreu lesões. <b>Nível II</b> (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. <b>Nível III</b> (moderado): resultou em sutura, aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. <b>Nível IV</b> (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. <b>Nível V</b> (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda.</p> <p><b>Notificação da Queda:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A notificação da queda é de <b>responsabilidade da equipe de enfermagem</b> da unidade onde ocorreu o evento.</li> <li>• O profissional que presenciar ou tomar conhecimento da queda deverá <b>registrar imediatamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Em campo específico do <b>prontuário do paciente;</b></li> <li>◦ No <b>formulário de notificação de evento adverso</b> padronizado pela unidade;</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Validação e Acompanhamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O evento deverá ser <b>validado e analisado</b> pelo <b>Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)</b> da instituição, com registro do parecer e plano de ação, se aplicável.</li> </ul>

- A depender da gravidade ou recorrência, o evento também será encaminhado à **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** para avaliação conjunta, quando implicar em risco assistencial ampliado.

**Documentação obrigatória:**

- Todo evento de queda deverá conter os seguintes elementos mínimos para ser considerado válido:
  - Data, hora e local do evento;
  - Nome completo do paciente e número do prontuário;
  - Relato sucinto da dinâmica do evento;
  - Classificação da gravidade (com ou sem lesão) e avaliação do risco prévio;
  - Conduta adotada após a queda.

**Observação 03** : Este relatório tem caráter obrigatório e deverá ser encaminhado à **Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS)**, como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

**Referência da meta:**

**QUALISS; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.** *Densidade de incidência de queda resultando em lesão em paciente: domínio segurança.* Ficha Técnica, [S. l.], p. 1–4. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/Ficha\\_tecnica\\_indicador\\_13.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/Ficha_tecnica_indicador_13.pdf). Acesso em: 30 maio 2025.

**Referências:**

**ABREU, C. et al.** Falls in hospital settings: a longitudinal study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, 2012.

**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS – ANAHP.** *Observatório ANAHP: publicação anual – edição 11*, 2019.

**BOUSHON, B. et al.** *How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2012. Disponível em: <[www.ihl.org](http://www.ihl.org)>. Acesso em: 13 jan. 2019.

**BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.** *Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): protocolo prevenção de quedas*. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz.

**CORREA, A. D. et al.** Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 1, 2012.

### 3.6. CONFORMIDADE COM O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)

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

## INDICADOR RELACIONADO À VIGILÂNCIA DO ÓBITO


### 3.7. TAXA DE REVISÃO DOS ÓBITOS INSTITUCIONAIS (>=24H).

<b>Nome</b>	Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais (>=24h).
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de óbitos institucionais que ocorreram após, no mínimo, 24 horas da admissão hospitalar 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 internação 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.
<b>Importância</b>	O aludido indicador busca certificar que os óbitos foram revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, apresentando maior qualidade ao processo ao qual o paciente foi submetido. Trata-se de um indicador essencial para avaliar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde prestados dentro da instituição. Essa taxa refere-se à revisão e análise de óbitos que ocorrem após 24 horas de internação, ou seja, aqueles que não são mortes imediatas, mas que ocorreram dentro do hospital após um período de observação e cuidado.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador/ denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente ( óbitos institucionais) revisados, no mês.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente ( óbitos institucionais), em um mês.</p> <p><b>Crítérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas óbitos ocorridos dentro da instituição.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Óbitos com menos de 24h de internação;</li> <li>• Pacientes transferidos com evolução final em outra instituição.</li> </ul> <p><b>Público-alvo :</b> Pacientes internados em hospitais.</p> <p><b>Observação 01:</b> O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente no hospital, incluindo, portanto, o tempo permanecido na unidade de urgência e emergência.</p> <p><b>Observação 02:</b> A apresentação mensal de resultados deve incluir relatório total dos óbitos, detalhando quantos e quais destes foram revisados pela comissão de prontuário e análises de óbitos.</p> <p><b>Observação 03:</b> A revisão de óbito é o processo rotineiro e sistemático de avaliação dos óbitos ocorridos em uma unidade de saúde, com o objetivo de verificar se as informações estão completas, se os protocolos assistenciais foram seguidos e se há necessidade de alguma ação corretiva ou de melhoria.</p> <p><b>Referência da Meta:</b> <b>BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. E-EFT-02. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1–7.</b></p>

## INDICADOR RELACIONADO À ATENÇÃO AO USUÁRIO

### 3.8. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.

<b>Nome</b>	Satisfação do Usuário.
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas nas altas hospitalares com melhora clínica em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
<b>Importância</b>	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>Índice de Satisfação (90%):</b></p> <p><b>a) Numerador:</b> Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.</p> <p><b>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</b></p> <p><b>a) Numerador:</b> Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes).</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pesquisas com respostas consideradas negativas.</li> </ul> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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.</li> <li>● 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.</li> </ul> <p><b>Interpretações:</b></p> <p><b>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</b> A amostragem mínima a ser contemplada pela pesquisa corresponderá a, no mínimo, 10% do total de atendimentos de altas hospitalar após melhora do quadro realizados no período - conforme cálculo denominado como “<b>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao atendimento</b>”, 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% das altas melhoradas) resultará na atribuição de <b>pontuação zero</b> ao indicador no Índice Global de Qualidade.</p> <p><b>Índice de Satisfação (90%):</b> 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 <b>índice de Satisfação (90%)</b> e para o <b>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%)</b>, impossibilitará a análise do indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como <b>descumprimento da meta estabelecida</b>.</p>
<b>PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>	

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 (3 pontos)	 BOM (2 pontos)	 REGULAR (1 ponto)	 RUIM (2 pontos)	 PÉSSIMO (1 ponto)	NÃO UTILIZO
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 utilize" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos						

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

### 3.9. ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS.

<b>Nome</b>	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período.
<b>Importância</b>	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutive e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de queixas recebidas no mesmo período.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Período de análise compatível: Apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual).</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se aplica.</li> </ul> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para o Registro de Queixas a <b>CONTRATADA</b> deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela <b>CONTRATADA</b> 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de aceitação das respostas às queixas registradas.</li> </ul> <p><b>Interpretações:</b></p> <p><b>CTAI:</b> Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão;</p> <p><b>SIMAS:</b> Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais;</p> <p><b>Entende-se por queixa</b> o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente.</p> <p><b>Entende-se por resolução</b> o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018.</p> <p>A CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas às queixas registradas:</p> <p><b>1. Pertinência da Resposta</b></p> <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.</p> <p><b>2. Adequação da Solução Apresentada</b></p> <p>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.</p> <p><b>3. Cumprimento dos Prazos</b></p> <p>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).</p>

#### **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:**

**BRASIL.** *Lei estadual nº 16.420, de 2018.* [S. l.]: Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, 2018.

**BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).** *Programa de Qualificação de Operadoras: fichas técnicas dos indicadores.* Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-atualizadas-0708-pdf>. Acesso em: 7 jul. 2025.

**BRASIL.** *Taxa de Resolutividade (TR) – Portal de Dados Abertos.* Disponível em: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/taxa-de-resolutividade-tr>. Acesso em: 7 jul. 2025.

### **INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA**

#### **3.10. QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA.**

<b>Nome</b>	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.
<b>Conceituação</b>	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
<b>Importância</b>	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a <b>CONTRATADA</b> divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
<b>Método de Cálculo</b>	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SEAS/SES.
<b>Definição</b>	<p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir as informações no Portal de Transparência e encaminhar relatório contendo tais inserções, subsequente à prestação do serviço.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SEAS/SES.</li> </ul> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 68, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 117, de 15 de dezembro de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 154, de 15 de dezembro de 2021. Recife: TCE/PE, 2021.</p> <p><b>BRASIL.</b> 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><b>MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil).</b> Recomendação n.º 07/2017. IC n.º 1.26.000.000983/2017-79. Brasília, DF, 2017.</p> <p><b>PERNAMBUCO.</b> 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>

UNIDADE			
OSS:		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. Regime de atendimento	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. Alter 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. RELATÓRIOS FINANCEIROS 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 RECEBIDOS	1. Repasses recebidos e descontos	Atualizado	
	2. Contratos	Atualizado	
14. CONTRATAÇÕES	3. Contratos	Atualizado	
	3.1 Bens	Atualizado	
	3.1.1 Contratos - obra: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	3.2 Serviços	Atualizado	
	3.2.1 Contratos - serviços: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
15. RECURSOS HUMANOS	3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	1. Regulamento para recrutamento de pessoal	Atualizado	
16. BENS PÚBLICOS	2. Servidores públicos cedidos	Atualizado	
	1. Relatório dos bens públicos	Atualizado	
17. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - SIC	1. Atendimento Eletrônico	Atualizado	
	2. Atendimento Presencial	Atualizado	
	3. Relatório Estatístico - PN	Atualizado	
	Atualizados: 47 Desatualizados: 0 Incompletos: 0 Inexistentes: 0		DESEJADO = 75% - 100% MODERADO = 50% - 75% INSUFICIENTE = 25% - 50% CRÍTICO = 0% - 25% INEXISTENTE = 0%
ASSINATURA	NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA:	100,00%	DESEJADO

Fundamentação Legal

- Lei Federal nº 12.527/2011;
- Recomendação do Ministério Público Federal - MPF nº07/2017 - IC nº1.26.000.050065/2017-79;
- Resoluções do TCE/SP nº 117 de 16 Dez 2020 e nº 154 de 16 Dez 2021;
- Lei Estadual nº 15.219/2019

## INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE

### 3.11. TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

<b>Nome</b>	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
<b>Importância</b>	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela <b>CONTRATADA</b> está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade estão em conformidade com o proposto no contrato.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente.</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc.</li> <li>• Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades educacionais realizadas fora do período analisado.</li> </ul> <p><b>Interpretações:</b></p> <p>No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho.</p> <p>Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.</p> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> <i>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.</p> <p><b>MERHY, E. E.</b> <i>Saúde: a cartografia do trabalho vivo</i>. São Paulo: Hucitec, 2002.</p> <p><b>FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.</b> Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecnoassistencial. In: <b>MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.</b> <i>O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano</i>. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55–124.</p> <p><b>SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS – SES-AM.</b> <i>Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027</i>. Disponível em: <a href="https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf">https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf</a>. Acesso em: 7 jul. 2025.</p>



Documento assinado eletronicamente por **Gil Mendonça Brasileiro**, em 30/07/2025, às 13:44, 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 31/07/2025, às 14:04, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **70829488** e o código CRC **A16AF023**.

**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongi, Recife/PE - CEP 50751-530, Telefone: