

4º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 001/2025, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES/PE, E A SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL DA MULHER DO AGRESTE, NAS CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.

O **ESTADO DE PERNAMBUCO**, por intermédio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, com sede à Rua Vinte e Quatro de Agosto, nº 211, Santo Amaro, Recife/PE, CEP 50.040-190, 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, doravante denominada **CONTRATANTE**, 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 e a **SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER**, inscrita no CNPJ/MF nº 10.894.988/0011-05, com sede na Av. José Marques Fontes, nº 1451, Vassoural, Caruaru/PE, CEP: 55.026-675, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por **ISABELA CRISTINA COUTINHO DE ALBUQUERQUE NEIVA COELHO**, têm justo e acordado o presente instrumento, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir pactuadas, bem como pelas disposições da Lei Estadual nº 15.210/2013, estando instruídas com o Parecer Técnico CTAI nº 102/2026 da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI (ID. 83943686), o Parecer Técnico nº 032/2026 da Comissão Mista de Avaliação (ID. 84213804), e o Despacho nº 391, da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão (ID. 84681846) e os demais documentos constantes do Processo SEI nº 2300002796.000002/2026-31.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente Termo Aditivo a contratação de coordenador do Programa Colo de Mãe, visando à execução das atividades do programa no Hospital da Mulher do Agreste, bem como repactuação de metas e indicadores qualitativos, mediante a instituição do Índice Global de Qualidade, conforme Anexo Técnico I, II e III deste Termo Aditivo.

1.2 As alterações supracitadas encontram fundamento no inciso XI do artigo 10 da Lei nº 15.210/2013, que prevê a possibilidade de repactuação das metas ou das atividades contratadas, a qualquer tempo, para sua adequação às necessidades da Administração, mediante a inclusão, exclusão e permuta dos serviços ou de seus quantitativos, assegurada a revisão dos valores financeiros de repasse ou a suplementação de verbas.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR

2.1. O acréscimo financeiro mensal ao Contrato de Gestão nº 001/2025 será no valor de R\$ 10.241,06 (dez mil, duzentos e quarenta e um reais e seis centavos), conforme a Solicitação Orçamentária e Financeira nº 332/2026 (ID. 83562968) e o Despacho nº 386/2026 (ID. 84525763) emitido pela Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA

3.1. O presente **TERMO ADITIVO** terá seu termo inicial a partir da data de sua assinatura e termo final equivalente ao término da vigência do Contrato de Gestão nº 001/2025.

CLÁUSULA QUARTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1 Os recursos necessários ao atendimento das despesas decorrentes deste instrumento no presente exercício financeiro têm como fonte Recursos do Tesouro Estadual e correrão à conta da seguinte dotação orçamentária e nota de empenho (ID. 84680872)

Fonte: 0500000000

Código UG: 530401

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.3204

Natureza da Despesa: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE006757, de 02/03/2026

Valor da Nota de Empenho: R\$ 102.410,60

CLÁUSULA QUINTA - DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA SEXTA - DOS CASOS OMISSOS

6.1 Os casos omissos serão resolvidos com base na legislação que rege a matéria.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO

7.1. O extrato do presente Termo Aditivo será 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 nº 15.210/2013. Paralelamente, a CONTRATADA deverá publicar o referido Termo Aditivo em seu portal da transparência, conforme dispõe os artigos 40 e 41 do Decreto Estadual nº 58.200/2025.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1 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 todos os efeitos de direito.

Recife, data da assinatura digital.

ZILDA DO REGO CAVALCANTI
SECRETÁRIA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE

ISABELA CRISTINA COUTINHO DE ALBUQUERQUE NEIVA COELHO
SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CANCER
CONTRATADA

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

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

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações 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 DA MULHER DO AGRESTE** 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, gestantes no pré-parto, parto e pós-parto imediato, idosos, pessoas com deficiência e mulheres, conforme assegurado pela legislação vigente que regulamenta o SUS, incluindo: o Estatuto da Criança e do Adolescente (**Lei nº 8.069/1990**); a Lei do Acompanhante para Gestantes (**Lei nº 11.108/2005**); o Estatuto do Idoso (**Lei nº 10.741/2003**); a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (**Lei nº 13.146/2015**); e a **Lei nº 14.737/2023**, que dispõe sobre o direito à presença de acompanhante para mulheres em estabelecimentos de saúde;
- Qualquer que seja a modalidade de atendimento na qual um usuário venha a ser assistido, a CONTRATADA deverá implementar e manter atualizados protocolos de atendimento específicos para populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, os quais devem contemplar as necessidades de pessoas com doença falciforme, deficiências, neurodiversidades, obesidade, pessoas LGBTQIAPN+, negras, indígenas, entre outros. Esses protocolos devem garantir acolhimento adequado, resolução eficiente das demandas e respeito à dignidade dos usuários;
- 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 DA MULHER DO AGRESTE**.

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 DA MULHER DO AGRESTE** 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. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

TABELA 01: Atividade Mensal - Internação Hospitalar

ESTIMATIVA DE ATIVIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
(em pleno funcionamento)					
ESPECIALIDADE INTERNAÇÃO	Número de Saídas		Bases para o cálculo do número de saídas		
	Média Mensal	Total (%)	Leitos Operacionais	Permanência Média	Taxa de Ocupação
Obstetrícia Clínica (GAR)	100	7,0%	20	6	100%
Obstetrícia Cirúrgica (Puerpério e Alojamento Conjunto)	720	49,0%	72	3	
Ginecologia (Especialidades Afins)	120	8,0%	12	3	
Centro de Parto Normal Intrahospitalar	105	7,0%	7	2	
Unidade de Cuidados Intermediários Convencional	85	6,0%	17	6	
Unidade de Terapia Adulto Tipo II	60	4,0%	10	5	
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II	55	4,0%	20	11	
Acolhimento à Pessoa Vítima de Violência	120	8,0%	4	1	
Total Mensal	1.470	100%	169	*	
Total Anual	17.635		2.028		

3.2. SAÍDAS HOSPITALARES

TABELA 02: Atividade Mensal – Saídas Hospitalares

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL A PARTIR DO PRIMEIRO MÊS DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL - SAÍDAS HOSPITALARES														
INTERNAMENTO	Mês de Referência												TOTAL 1º ANO	
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS		
Quantidade de AIH's	747	747	747	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	12.141

3.3. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

TABELA 03: Atividade Mensal – atendimentos de Urgência e Emergência

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL A PARTIR DO PRIMEIRO MÊS DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA														
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Mês de Referência												TOTAL 1º ANO	
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS		
Número de atendimentos	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	64.800

3.4. CONSULTAS AMBULATORIAIS MÉDICAS

TABELA 04: Atividade Mensal – Consultas Ambulatoriais Médicas

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL A PARTIR DO PRIMEIRO MÊS DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL - AMBULATÓRIO MÉDICO														
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL 1º ANO	
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS		
Ginecologia/Obstetrícia	1.880	1.880	1.880	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	23.640
Cardiologia	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720	8.640
Mastologia	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	5.760
Endocrinologia	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	5.760
Psiquiatria	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	2.880
Anestesiologia	0	0	0	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.080
Angiologia/Cirurgia Vascular	0	0	0	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.080
Cirurgia Pediátrica	0	0	0	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.080
Pediatria/Neonatologia (Egressos)	0	0	0	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	4.320
Oncoginecologia	0	0	0	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.080
Uroginecologia	0	0	0	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.080
Total	3.800	3.800	3.800	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	56.400

3.5. CONSULTAS AMBULATORIAIS NÃO MÉDICAS

TABELA 05: Atividade Mensal – Consultas Ambulatoriais Não Médicas

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL A PARTIR DO PRIMEIRO MÊS DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL - AMBULATÓRIO														
MULTIPROFISSIONAL														
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL 1º ANO	
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS		
Nutrição	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	2.880
Fonoaudiologia	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	2.880
Serviço Social	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	2.880
Enfermagem (N. Superior)	240	240	240	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	5.040
Odontologia	0	0	0	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	2.160
Fisioterapia (Pélvica)	0	0	0	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	2.160
Farmácia Clínica	0	0	0	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.080
Psicologia	0	0	0	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	2.160
Total	960	960	960	2.040	2.040	2.040	2.040	2.040	2.040	2.040	2.040	2.040	2.040	21.240

3.6. CIRURGIAS ELETIVAS REALIZADAS

TABELA 06: Atividade Mensal - Cirurgias Eletivas Realizadas

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL A PARTIR DO PRIMEIRO MÊS DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL - CIRURGIAS ELETIVAS														
CIRURGIAS	Mês de Referência												TOTAL 1º ANO	
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS		
Eletiva Porte Maior	0	0	0	328	328	328	328	328	328	328	328	328	328	2.952
Eletiva Porte Menor	0	0	0	202	202	202	202	202	202	202	202	202	202	1.818
Total de Eletivas	0	0	0	530	530	530	530	530	530	530	530	530	530	4.770
Urgência e Emergência	323	323	323	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	3.804
Total de Cirurgias	323	323	323	845	845	845	845	845	845	845	845	845	845	8.574

3.7. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO - SADT

TABELA 07: Atividade Mensal - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL A PARTIR DO PRIMEIRO MÊS DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)													
PROCEDIMENTOS	Mês de Referência												TOTAL 1º ANO
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Tomografia Computadorizada	40	40	40	70	70	70	70	70	70	70	70	70	750
Radiologia Convencional	160	160	160	280	280	280	280	280	280	280	280	280	3.000
Radiologia Contrastada	0	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90
Densitometria Óssea	0	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90
Mamografia	180	180	180	250	250	250	250	250	250	250	250	250	2.790
Ultrassonografia Convencional	280	280	280	430	430	430	430	430	430	430	430	430	4.710
Ultrassonografia com Doppler	70	70	70	130	130	130	130	130	130	130	130	130	1.380
Ecocardiografia	0	0	0	40	40	40	40	40	40	40	40	40	360
Ressonância Magnética	0	0	0	40	40	40	40	40	40	40	40	40	360
Coloscopia	0	0	0	40	40	40	40	40	40	40	40	40	360
Urodinâmica	0	0	0	15	15	15	15	15	15	15	15	15	135
Urofluxometria	0	0	0	15	15	15	15	15	15	15	15	15	135
Cirurgia de Alta Frequência (CAF)	0	0	0	20	20	20	20	20	20	20	20	20	180
Eletrocardiografia	440	440	440	620	620	620	620	620	620	620	620	620	6.900
Cardiotocografia	300	300	300	420	420	420	420	420	420	420	420	420	4.680
Gasometria Arterial	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Anatomia Patológica e Citopatologia	138	138	138	464	464	464	464	464	464	464	464	464	4.590
Análises Clínicas	18.000	18.000	18.000	26.000	26.000	26.000	26.000	26.000	26.000	26.000	26.000	26.000	288.000

Obs 1: A partir do 13º mês de execução contratual, na ausência de termo aditivo ao contrato que atualize as metas e estimativas demonstradas nos quadros acima - item 3 - permanecem vigentes os números previstos para o 12º mês de execução de atividade assistencial.

Obs 2: A CONTRATADA terá até 30 dias de atividade gerencial, contados a partir da assinatura do contrato. Por período de atividade gerencial entende-se como o tempo necessário que a entidade terá para abastecer o estabelecimento com os insumos necessários, realizar contratação de pessoal e serviços, concluir instalação de equipamento, promover treinamentos e capacitações, executar plano de investimento e demais atividades necessárias para o início da atividade assistencial.

Obs 3: O primeiro trimestre de funcionamento assistencial da unidade será monitorado e avaliado, porém os resultados alcançados não serão objeto de penalização financeira por ser este período necessário à implantação do serviço.

Obs 4: Considerando que parte da 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.

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 DA MULHER DO AGRESTE** deverá atingir **mensalmente** as metas definidas para os seguintes indicadores:

Quantitativos: Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial; Número de saídas hospitalares; Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem; Número de cirurgias eletivas de porte maior; Número de cirurgias eletivas de porte menor; Número de Ações de Matriciamento; Número de ações de supervisão (apoio institucional).

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:

Qualitativos da Assistência à Saúde: Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica; Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica/UTI neonatal; Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI obstétrica//UTI neonatal; Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea; 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 1000 pacientes-dia; Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA; Acolhimento com classificação de risco; Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Assistência Perinatal Hospitalar:** Taxa de cobertura da testagem para sífilis (teste rápido) na admissão de gestantes na maternidade; Taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes na maternidade; Percentual de gestantes com sífilis diagnosticada no parto que iniciaram tratamento, junto com o recém-nascido, durante a internação hospitalar; Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada; Proporção de episiotomias realizadas com registro de justificativa clínica documentada; Proporção de RN elegíveis Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B; Proporção de recém-nascidos elegíveis vacinados com a vacina BCG. **Eficiência da Gestão Hospitalar:** Índice de intervalo de substituição de leitos. **Vigilância do Óbito:** Taxa de revisão dos óbitos institucionais (≥ 24 h); Proporção de óbitos maternos investigados; Proporção de óbitos fetais analisados. **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.

4.1. META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS)

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

Quadro 01 - Indicadores Quantitativos (Produção)

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)					
TIPO	INDICADOR	META		VALOR MÁXIMO MENSAL	
		1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase
Quantidade	Número de consultas médicas realizadas	Realizar 3.800 consultas médicas em regime ambulatorial	Realizar 5.000 consultas médicas em regime ambulatorial	5,0%	3,0%
Quantidade	Número de saídas hospitalares	Atingir o quantitativo de 747 saídas hospitalares por mês	Atingir o quantitativo de 1.100 saídas hospitalares por mês	6,0%	4,0%
Quantidade	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	Realizar 5.400 atendimentos de urgência/emergência por mês	Realizar 5.400 atendimentos de urgência/emergência por mês	5,0%	4,0%
Quantidade	Número de cirurgias eletivas de porte maior	Sem atividade cirúrgica eletiva (meta não ativa)	Realizar 328 cirurgias de porte maior por mês, informando a produção por especialidade médica responsável pelos procedimentos	0,0%	3,0%
Quantidade	Número de cirurgias eletivas de porte menor	Sem atividade cirúrgica eletiva (meta não ativa)	Realizar 202 cirurgias de porte menor por mês, informando a produção por especialidade médica responsável pelos procedimentos	0,0%	3,0%
Quantidade	Número de Ações de Matriciamento	Realizar 8 ou mais ações de matriciamento por mês	Realizar 8 ou mais ações de matriciamento por mês	2,0%	1,5%
Quantidade	Número de Ações de Supervisão (apoio institucional)	Realizar 8 ou mais ações de supervisão por mês	Realizar 8 ou mais ações de supervisão por mês	2,0%	1,5%

Quadro 02 - Indicadores Qualitativos (Índice Global de Qualidade)

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE					
TIPO	INDICADOR	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
		≤ 4,7	Pontuação: 4		
	Densidade de				

TIPO	INDICADOR	ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
		META	PONTUAÇÃO		
Qualidade da assistência à saúde	incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica.	>4,7 e ≤ 12,6	Pontuação: 2	4	49
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica.	> 12,6 ≤ 4,7	Pontuação: 4		
	incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica.	≤ 7,1	Pontuação: 4		
	incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica.	>4,7 e ≤ 12,6	Pontuação: 2		
	incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica.	7,1 > e ≤ 12,3	Pontuação: 2		
	incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica.	> 12,6	Pontuação: 0	4	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	≤ 7,1	Pontuação: 4	4	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	> 12,3	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	7,1 > e ≤ 12,3	Pontuação: 2		
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	≤ 10,6	Pontuação: 4		
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	> 10,6 e ≤ 20,9	Pontuação: 2		
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	> 12,3	Pontuação: 0	4	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	≤ 10,6	Pontuação: 4	4	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	> 20,9	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	> 10,6 e ≤ 20,9	Pontuação: 2		
Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	≤ 13,8	Pontuação: 4			
Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	3,8 > e ≤ 25,1	Pontuação: 2			
Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	>25,1	Pontuação: 0	4		
Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter venoso central em UTI obstétrica.	> 20,9	Pontuação: 0	4		
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	≤ 5,3 ≤ 13,8	Pontuação: 4 Pontuação: 4	4		
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	> 5,3 e ≤ 9,1 3,8 > e ≤ 25,1	Pontuação: 2 Pontuação: 2			
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	> 9,13 >25,1	Pontuação: 0 Pontuação: 0			
Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-operatório associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	≤ 1,7%	Pontuação: 4	4		
Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-operatório associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	≤ 5,3 > 1,7% e ≤ 3,5%	Pontuação: 4 Pontuação: 2			
Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-operatório associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	> 5,3 e ≤ 9,1	Pontuação: 2			
Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-operatório associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	A incidência de LPP no Grupo A (Bra > 9,133) for igual ou superior a 2,2%.	Pontuação: 0 a 4	4		
Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-operatório associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	≤ 1,7%	Pontuação: 4	3		
Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-operatório associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	> 1,7% e ≤ 3,5%	Pontuação: 2			

TIPO	INDICADOR	ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
		META	META		
	pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco	A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser inferior a 11,1%.			
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica.	$\leq 4,7$	Pontuação: 4	2	
		$>4,7$ e $\leq 12,6$	Pontuação: 2		
		$> 12,6$	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI	$\leq 2,2$ a cada 1.000 pacientes-dia. $\leq 7,1$	Pontuação: 4	3	
		$7,1 > e \leq 12,3$	Pontuação: 2		
		$> 12,3$	Pontuação: 0		
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	até 0,1%		4	
	Taxa de mortalidade confirmada, associada a cateter venoso central em UTI	até 5,4%			
	Taxa de mortalidade obstétrica.	$> 12,3$	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI	$\leq 10,6$ até 17,8%	Pontuação: 4	2	
		$> 10,6$ e $\leq 20,9$	Pontuação: 2		
		$> 20,9$	Pontuação: 0		
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4 laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI	até 65,4%		1	
		Enviar o relatório de classificação de risco.			
	Conformidade com o neonatal.	$> 20,9$	Pontuação: 0		
	Programa Nacional de Segurança do Paciente	$\leq 13,8$	Pontuação: 4	3	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI obstétrica.	$3,8 > e \leq 25,1$	Pontuação: 2		
		$>25,1$	Pontuação: 0		
	Densidade de gestantes na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	$\leq 5,3$	Pontuação: 4	3	
		$> 5,3$ e $\leq 9,1$	Pontuação: 2		
		$> 9,13$	Pontuação: 0		
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico	$\leq 1,7\%$	Pontuação: 4		
		$> 1,7\%$ e $\leq 3,5\%$	Pontuação: 2		

TIPO	Taxa de cobertura	ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	da testagem rápida	Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar.	META		
	INDICADOR				
Assistência Perinatal Hospitalar	gestantes na Densidade de matriculadas.	≤ 4,7	Pontuação: 4	3	23
	incidência de infecção gêdo trato urináriois associada à cateter vesical de demora em trUTI obstétrica.	>4,7 e ≤ 12,6	Pontuação: 2		
	com o recém-nascido durante a internação da corrente sanguínea, laboratorialmente instrumentalizada confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	Alcançar 100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento > 12,6 iniciado durante o internamento.	Pontuação: 0	4	
	Densidade de nascidos durante a internação da corrente sanguínea, laboratorialmente instrumentalizada confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	≤ 7,1	Pontuação: 4	3	
	Proporção de episiotomias realizadas com da corrente sanguínea, registrada laboratorialmente	7,1 > e ≤ 12,3	Pontuação: 2		
	Proporção de recém-nascidos confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentalizados.	Pontuação: 0		
	Densidade de episiotomias realizadas com da corrente sanguínea, registrada laboratorialmente	Assegurar justificativa clínica ≤ 10,6 documentada em 100% das	Pontuação: 4	3	
	Proporção de recém-nascidos confirmada, associada a cateter venoso central em UTI vacina contra hepatite B.	> 10,6 e ≤ 20,9	Pontuação: 2		
	Proporção de recém-nascidos confirmada, associada a cateter venoso central em UTI vacina contra hepatite B.	Atingir 100% dos recém-nascidos vacinados nas primeiras 12 horas de vida.	Pontuação: 0	4 4	
	Eficiência da Gestão Hospitalar	Densidade de recém-nascidos confirmada, associada a cateter venoso central em UTI vacina contra hepatite B.	≤ 13,8	Pontuação: 4	
Proporção de recém-nascidos confirmada, associada a cateter venoso central em UTI vacina contra hepatite B.		Atingir 100% dos recém-nascidos	Pontuação: 2		
Índice de intervalo de substituição de Leitos.		3,8 > e ≤ 25,1	Pontuação: 0	4	
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.		≤ 1,64 dias	Pontuação: 4	4	
Índice de intervalo de substituição de Leitos.		≤ 5,3 Revisão de	Pontuação: 4	4	
Taxa de infecções de Taxa de revisão dos		ou 0% ou mais > 5,3 e ≤ 9,1 dos óbitos institucionais.	Pontuação: 2		
Taxa de infecções de Taxa de revisão dos	> 9,13	Pontuação: 0	4		
Taxa de infecções de Taxa de revisão dos	≤ 1,7%	Pontuação: 4	49		
Taxa de infecções de Taxa de revisão dos	> 1,7% e ≤ 3,5%	Pontuação: 2			

óbitos institucionais		ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
TIPO	INDICADOR	80,0% e 89,9% dos óbitos institucionais.	1 META		
Vigilância do Óbito	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica. Proporção de óbitos	Revisão inferior a 80,0% dos óbitos institucionais.	Pontuação: 4	3	9
		$\leq 4,7$	0		
		$> 4,7$ e $\leq 12,6$	Pontuação: 2		
		Investigar 100% dos óbitos	3		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTIs obstétricas.	$\leq 7,1$	Pontuação: 4	3	
		100% dos óbitos	Pontuação: 2		
		Analisar 100% dos óbitos fetais.	3		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal.	$\leq 12,3$	Pontuação: 0	4	
		Análise de óbitos	Pontuação: 0		
		$> 12,3$	Pontuação: 4		
Atenção ao Usuário	Densidade de Satisfação do usuário. pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI obstétrica.	que 100% dos óbitos	Pontuação: 4	3	
		$\leq 10,6$	0		
		$> 10,6$ e $\leq 20,9$	Pontuação: 2		
		do usuário igual ou superior a 90,0%. Aferir satisfação do usuário igual > 20,9	Pontuação: 0		
	Densidade de Satisfação do usuário. pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI obstétrica.	ou superior a	2	4	
		80,0% e menor que 90,0%. Aferir satisfação do usuário	Pontuação: 4		
		$3,8 > e \leq 25,1$	Pontuação: 2		
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal. Índice de aceitação das respostas às Taxas de infecções de queixas registradas.	do usuário igual ou $> 25,1$ ou a	Pontuação: 0	4	
		70,0% e menor que 80,0%. Aferir satisfação do usuário	Pontuação: 4		
		$> 5,3$ e $\leq 9,1$	Pontuação: 2		
menor que 70%. Índice de aceitação		0			
das respostas às Taxas de infecções de queixas registradas.	$> 9,13$	Pontuação: 0	3		
	Aprovação de 80,0% ou mais das $\leq 1,7\%$ resoluções de queixas recebidas.	Pontuação: 4			
	$> 1,7\%$ e $\leq 3,5\%$	Pontuação: 2	3	49	

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE					
TIPO	INDICADOR	desejado (100%) de META qualidade da		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Transparência	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica.	publicação das informações de transparência. $\leq 4,7$	Pontuação: 4	4	5
		$> 4,7$ e $\leq 12,6$	Pontuação: 2		
		Atingir o grau moderado (75,01% - $> 12,6$ - 99,99%) de	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	qualidade da publicação das informações de transparência. $\leq 7,1$	Pontuação: 4	4	
		$7,1 > e \leq 12,3$	Pontuação: 2		
		Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de $> 12,3$ da	Pontuação: 0		
	Qualidade da Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal.	publicação das informações de transparência. $\leq 10,6$	Pontuação: 4	5	
		$> 10,6$ e $\leq 20,9$	Pontuação: 2		
		Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência. $> 20,9$ das	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI obstétrica.	informações de transparência. $\leq 13,8$	Pontuação: 4	4	
$> 13,8$ e $\leq 25,1$		Pontuação: 2			
crítico (0,00% - 25,00%) de $> 25,1$ qualidade da		Pontuação: 0			
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	publicação das informações de transparência. $\leq 5,3$	Pontuação: 4	4		
	$> 5,3$ e $\leq 9,1$	Pontuação: 2			
	$> 9,13$	Pontuação: 0			
Taxa de infecções de	$\leq 1,7\%$	Pontuação: 4	49		
	$> 1,7\%$ e $\leq 3,5\%$	Pontuação: 2			

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	INDICADOR	das ações de educação permanente	META	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO	
Educação Permanente	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em TaUTI obstétrica.	programadas para o período.	$\leq 4,7$	Pontuação: 4	4	
		80,0% a 89,9%	$> 4,7$ e $\leq 12,6$	Pontuação: 2		
		educação permanente		3		
		programadas para o período.	$\leq 12,6$	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	para o período.	$70,0 \leq 7,19,9\%$	Pontuação: 4		4
	das ações de educação permanente programadas para o período.	$7,1 > e \leq 12,3$	Pontuação: 2	2		
	ações de educação permanente programadas para o período.	$< 70,0\%$ das ações de educação permanente	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal.	educação permanente programadas para o período.	$\leq 10,6$	Pontuação: 4		0
	programadas para o período.	$> 10,6$ e $\leq 20,9$	Pontuação: 2			
	TOTAL					
TOTAL	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI obstétrica.	programadas para o período.	$\leq 13,8$	Pontuação: 4	4	
		programadas para o período.	$3,8 > e \leq 25,1$	Pontuação: 2		
			$> 25,1$	Pontuação: 0		
		Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal.	$\leq 5,3$	Pontuação: 4		
		$> 5,3$ e $\leq 9,1$	Pontuação: 2	4		
		$> 9,13$	Pontuação: 0			
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico.	$\leq 1,7\%$	Pontuação: 4	4		
		$> 1,7\%$ e $\leq 3,5\%$	Pontuação: 2			

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 INDICADORES QUANTITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO			
TIPO	INDICADOR	META	
		1ª Fase	2ª Fase
Quantidade	Número de consultas realizadas por outros profissionais de nível superior não médicos	Apresentar o quantitativo de consultas ambulatoriais não médicas por categoria profissional	Apresentar o quantitativo de consultas ambulatoriais não médicas por categoria profissional
Quantidade	Número de partos	Realizar 507 partos por mês	Realizar 712 partos por mês
Quantidade	Taxa de Cesáreas	Taxa de Cesárea Maior ou Igual a 40,0%	Taxa de Cesárea Maior ou Igual a 40,0%
Quantidade	Número de procedimentos de SADT por tipo	Apresentar informação sobre os procedimentos de SADT	Apresentar informação sobre os procedimentos de SADT

Quadro 04 - Indicadores Qualitativos de Acompanhamento - Sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUALITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO			
TIPO	INDICADOR	META	
		1ª Fase	2ª Fase
Qualidade	Taxa de Cesarianas em Primíparas	Aferir o máximo de 15,0% de cesarianas em primíparas	Aferir o máximo de 15,0% de cesarianas em primíparas
Qualidade	Proporção de mulheres com acompanhante durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)	Envio da Informação	Envio da Informação
Qualidade	Conformidade do Acompanhamento de Gestantes, Puérperas e Crianças até 2 anos no Programa Colo de Mãe.	Envio de Relatório de Acompanhamento do Programa Colo de Mãe	Envio de Relatório de Acompanhamento do Programa Colo de Mãe

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
- (X)** Atendimento Ambulatorial
- (X)** Atendimento de Urgências e Emergências
- (X)** Cirurgias Eletivas e de Urgência

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

1.3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **HOSPITAL DA MULHER DO AGRESTE** para o exercício de 2025/2026 - 12 parcelas que consideram o escalonamento da atividade - fica estimado em R\$ 81.598.123,44 (oitenta e um milhões, quinhentos e noventa e oito mil, cento e vinte e três reais e quarenta e quatro centavos) e corresponde a sua modalidade de atividade assistencial:

1.3.1. O valor identificado no item '1.3.', acima, corresponde ao repasse de quatro parcelas de R\$ 6.232.953,76 (seis milhões, duzentos e trinta e dois mil, novecentos e cinquenta e três reais e setenta e seis centavos), correspondentes a fase gerencial e a primeira fase assistencial, e oito parcelas de R\$ 7.083.288,55 (sete milhões, oitenta e três mil, duzentos e oitenta e oito Reais e cinquenta e cinco centavos), referentes à segunda fase assistencial, conforme haja progressão do escalonamento da atividade.

1.4. Na remuneração variável (30,0% do valor global) serão considerados os pesos de cada

modalidade de atividade assistencial conforme quadros do item 2 deste Anexo Técnico.

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

1.5.1 70,0% (setenta por cento) do valor mencionado no item 1.3 acima, ou seja, R\$ 57.118.686,41 (cinquenta e sete milhões, cento e dezoito mil, seiscentos e oitenta e seis reais quarenta e um centavos) será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, sendo as quatro primeiras no valor de no valor de R\$ 4.363.067,63 (quatro milhões, trezentos e sessenta e três mil, sessenta e sete reais e sessenta e três centavos) – referente à fase de gerenciamento e a primeira fase de atividade assistencial da unidade – e as demais parcelas no valor de R\$ 4.958.301,98 (quatro milhões, novecentos e cinquenta e oito mil, trezentos e um Reais e noventa e oito centavos).

1.5.2. 20,0% (vinte por cento) do valor mencionado no item 1.3 acima, ou seja, R\$ 16.319.624,69 (dezesseis milhões, trezentos e dezenove mil, seiscentos e vinte e quatro Reais e sessenta e nove centavos) será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto à parcela fixa, com valor mensal estimativo de R\$ 1.246.590,75 (um milhão, duzentos e quarenta e seis mil, quinhentos e noventa Reais e setenta e cinco centavos) para os quatro primeiros meses (fase de atividade gerencial e primeira fase de atividade assistencial) e R\$ 1.416.657,71 (um milhão, quatrocentos e dezesseis mil, seiscentos e cinquenta e sete Reais e setenta e um centavos) a partir do quarto mês de atividade assistencial – em havendo progressão do escalonamento das atividades, sendo esses valores vinculados à avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.5.3. 10,0% (dez por cento) do valor mencionado no item 1.3 acima, ou seja, R\$ 8.159.812,34 (oito milhões, cento e cinquenta e nove mil, oitocentos e doze Reais e trinta e quatro centavos), será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto à parcela fixa, com valor mensal estimativo de R\$ 623.295,38 (seiscentos e vinte e três mil, duzentos e noventa e cinco Reais e trinta e oito centavos) para os quatro primeiros meses (fase de atividade gerencial e primeira fase de atividade assistencial) e R\$ 708.323,86 (setecentos e oito mil, trezentos e vinte e três Reais e oitenta e seis centavos) a partir do quarto mês de atividade assistencial – em havendo progressão do escalonamento das atividades, sendo esses valores vinculados à avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.6. 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.

1.7. 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.

1.8. 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.

1.9. 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.

1.10. 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**.

1.11. 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.

1.12. 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.

1.13. 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.

1.14. 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.

1.15. 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.

1.16. 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.

1.17. Além das atividades de rotina, o **HOSPITAL DA MULHER DO AGRESTE** 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 (R\$)	
		1ª Fase	2ª Fase
Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	Acima do volume contratado	5,0% do valor global do contrato	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	3,8% do valor global do contrato	2,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	2,6% do valor global do contrato	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	1,4% do valor global do contrato	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato	0,0% do valor global do contrato
	Ausência de especialidade ofertada	Dedução de 0,25% do valor global do contrato para cada especialidade prevista e não ofertada	Dedução de 0,25% do valor global do contrato para cada especialidade prevista e não ofertada
Número de saídas hospitalares	Acima do volume contratado	6,0% do valor global do contrato	4,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	6,0% do valor global do contrato	4,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	4,5% do valor global do contrato	3,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato	1,5% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	1,5% do valor global do contrato	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato	0,0% do valor global do contrato
Número de atendimentos de urgência e emergência	Acima do volume contratado	5,0% do valor global do contrato	4,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato	4,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	3,5% do valor global do contrato	3,0% do valor global do contrato

realizado por INDICADOR profissional	De 55,0% até 69,99% do volume META REALIZADA contratado	VALOR A PAGAR (R\$) por global do	
		contrato 1ª Fase	contrato 2ª Fase
médico e de enfermagem	De 30,0% até 54,99% do volume Acima do volume contratado	9,5% do valor global do contrato	9,5% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	9,0% do valor global do contrato	9,0% do valor global do contrato
Número de consultas médicas realizadas em cirurgias de probabilidade realizadas	De 70,0% até 84,99% do volume Acima do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	2,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 69,99% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	3,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 84,99% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	0,6% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	0,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado Ausência de especialidade ofertada Menor que 30,0% do volume contratado	Não se aplica a 25% do valor global do contrato para cada especialidade prevista e não ofertada	0,5% do valor global do contrato para cada especialidade prevista e não ofertada
Número de Número de cirurgias de saídas porte menor hospitalares realizadas	Acima do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	2,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	1,6% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	0,0% do valor global do contrato
Número de atendimentos Número de de urgência e ações de emergência matriciamento realizado por profissional médico e de enfermagem	Acima do volume contratado	2,0% do valor global do contrato	4,6% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	5,6% do valor global do contrato	4,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	3,5% do valor global do contrato	5,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	1,25% do valor global do contrato	1,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	2,9% do valor global do contrato	2,5% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado Menor que 55,0% do volume contratado	0,6% do valor global do contrato	0,6% do valor global do contrato
Número de ações de supervisão (apoio Número de institucionais de cirurgias de porte maior realizadas)	Menor que 30,0% do volume Acima do volume contratado	9,0% do valor global do contrato	9,9% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	3,9% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	3,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 84,99% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	2,9% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	Não se aplica para primeira fase	2,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado Menor que 30,0% do volume	Não se aplica para primeira fase	0,5% 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 (SES/PE) 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: Especificação Geral dos Indicadores Quantitativos (produção) com Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)					
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO
			1ª Fase	2ª Fase	
Quantidade	Número de consultas médicas realizadas	Total de consultas médicas ambulatoriais	Realizar 3.800 consultas médicas em regime ambulatorial	Realizar 5.000 consultas médicas em regime ambulatorial	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE e relatório SIA/SUS
Quantidade	Número de saídas hospitalares	Total de saídas hospitalares	Atingir o quantitativo de 747 saídas hospitalares por mês	Atingir o quantitativo de 1.100 saídas hospitalares por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE e relatório SIH/SUS
Quantidade	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	Total de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros no serviço de urgência e emergência	Realizar 5.400 atendimentos de urgência/emergência por mês	Realizar 5.400 atendimentos de urgência/emergência por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE e relatório SIA/SUS
Quantidade	Número de cirurgias eletivas de porte maior	Total mensal de cirurgias eletivas realizadas com suporte de médico anestesista	Não se aplica para a 1ª Fase	Realizar 328 cirurgias de porte maior por mês, informando a produção por especialidade médica responsável pelos procedimentos	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
Quantidade	Número de cirurgias eletivas de porte menor	Total mensal de cirurgias eletivas realizadas sem o suporte de médico anestesista	Não se aplica para a 1ª Fase	Realizar 202 cirurgias de porte menor por mês, informando a produção por especialidade médica responsável pelos procedimentos	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
Quantidade	Número de Ações de Matriciamento	Total de ações de matriciamento realizadas no mês	Realizar 08 ações de matriciamento por mês	Realizar 08 ações de matriciamento por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
Quantidade	Número de Ações de Supervisão	Total de ações de supervisão (apoio institucional) realizadas no mês	Realizar 08 ações de supervisão no mês	Realizar 08 ações de supervisão no mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

2.2 INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) E QUALIDADE - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

Os indicadores quantitativos e qualitativos de acompanhamento, mesmo sem valoração financeira, deverão ser utilizados como subsídio para análise gerencial, avaliação de desempenho e elaboração de planos de ação corretiva. Recomenda-se a consolidação e discussão dos resultados em relatórios gerenciais 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 02 - Especificação Geral dos Indicadores Quantitativos (Produção) sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS					
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO
			1ª Fase	2ª Fase	
QUANTIDADE	Número de consultas realizadas por outros profissionais de nível superior não médicos	Total de consultas realizadas em regime ambulatorial por profissional de nível superior, exceto médico	Apresentar informação sobre os atendimentos.	Apresentar informação sobre os atendimentos.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de partos	Total de partos realizados: vaginais e cesáreos	Apresentar o quantitativo de partos realizados: vaginais e cesáreos	Apresentar o quantitativo de partos realizados: vaginais e cesáreos	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Taxa de Cesáreas	Percentual de cesáreas realizadas no hospital.	Apresentar o informações sobre as cesáreas.	Apresentar o informações sobre as cesáreas.	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	Apresentar informação sobre os procedimentos de SADT	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

Segue abaixo os Indicadores QUALITATIVOS - **Sem valoração financeira**

Quadro 03 - Especificação Geral do Indicador Qualitativo Sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUALITATIVOS					
TIPO	INDICADOR QUALITATIVO	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO
			1ª Fase	2ª Fase	
QUALIDADE	Taxa de Cesarianas em Primíparas.	Total de mulheres acompanhadas durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).	Aferir o máximo de 15,0% de cesarianas em primíparas	Aferir o máximo de 15,0% de cesarianas em primíparas	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Proporção de mulheres com acompanhante durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).	Total de mulheres acompanhadas durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).	Apresentar informações sobre o quantitativo de mulheres que foram acompanhadas durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)	Apresentar informações sobre o quantitativo de mulheres que foram acompanhadas durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Conformidade do Acompanhamento de Gestantes, Puérperas e Crianças até 2 anos no Programa Colo de Mãe.	Total de Gestantes, Puérperas e Crianças até 2 anos acompanhadas no Programa Colo de Mãe.	Envio de Relatório de Acompanhamento do Programa Colo de Mãe	Envio de Relatório de Acompanhamento do Programa Colo de Mãe	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

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, vigilância do óbito, programa de imunização, 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:

Quadro 03 - Indicadores de Qualidade Assistencial (Índice Global de Qualidade)

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI obstétrica.	$\leq 4,7$	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4	
			$>4,7$ e $\leq 12,6$	Pontuação: 2			
			$> 12,6$	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	$\leq 7,1$	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4	
			$7,1 > e \leq 12,3$	Pontuação: 2			
			$> 12,3$	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal.	Avaliar a frequência de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos internados em UTI neonatal.	$\leq 10,6$	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4	
			$> 10,6$ e $\leq 20,9$	Pontuação: 2			
			$> 20,9$	Pontuação: 0			
	Densidade de	Avaliar a frequência de ocorrência de pneumonia associada ao uso de	$\leq 13,8$	Pontuação: 4			
			$3,8 > e \leq 25,1$	Pontuação: 2			

TIPO	INCIDÊNCIA DE		INDICE GLOBAL DE QUALIDADE		Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META	PONTUAÇÃO:			
	pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI obstétrica.	invasiva em pacientes obstétricas internadas em UTI.	>25,1	0		4	
Qualidade da assistência à saúde	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI em obstétrica, tal.	Identificar a ocorrência de casos de pneumonias associadas à ventilação no trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI em obstétrica, tal.	≤ 4,7	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4	
			≥ 4,7 e ≤ 12,6	Pontuação: 2			
			≥ 12,6	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	Avaliar a qualidade e frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica. Identificar a	≤ 7,16	Pontuação: 4	SIMAS ou outra Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4	4
			> 1,7% e ≤ 7,1	Pontuação: 2			
			> 3,5% A incidência de Grupos A, B, C e D ≥ 1,0 for	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, adquirida no hospital, ajustada confirmada, por risco clínico associada a cateter venoso central em UTI neonatal.	Avaliar a frequência de infecções da corrente sanguínea internados, de relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos internados em UTI neonatal.	igual ou inferior a 10,6	Pontuação: 3	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	2	4
			> 10,6 e ≤ 20,9	Pontuação: 2			
			> 20,9	Pontuação: 0			
	Densidade de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia. Densidade de incidência de pneumonia associada à	Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados por 1000 pacientes-dia. Avaliar a frequência de ocorrência de sopneumonias associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes	≤ 13,8	Pontuação: 4	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE. Relatório enviado à SES, anexo à	3	
			3,8 > e ≤ 25,1	Pontuação: 2			
			≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.				

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	INDICADOR	avaliar a qualidade e segurança dos cuidados cirúrgicos prestados a	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	<p>circúrgica segundo ASA 1.</p> <p>Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à taxa de cateter vesical de mortalidade demora em UTI cirúrgica segundo obstétrica. ASA 2.</p>	<p>Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados ao tratamento urinário associada à cateter vesical de demora na UTI cirúrgica moderado (ASA 2).</p>	<p>≤ 4,7 até 0,1%</p>	<p>Pontuação: 4</p>	<p>SIMAS ou outra</p> <p>solução determinada pela SES/PE.</p>	4	
	<p>Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, mortalidade associada a cateter cirúrgica segundo venoso central em UTI obstétrica.</p>	<p>Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, pacientes com condições clínicas graves. UTI obstétrica.</p>	<p>≤ 7,1</p>	<p>Pontuação: 4</p>	<p>Relatório enviado à SES, anexo à SIMAS ou outra transmissão do solução determinada pela SES/PE.</p>	4	
	<p>Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, Taxa de laboratorialmente confirmada, cirúrgica segundo associada a cateter venoso central em UTI neonatal.</p>	<p>Monitorar e avaliar a qualidade e Avaliar a frequência de infecções da corrente sanguínea cirúrgica para relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-graves e instáveis. nascidos internados em UTI neonatal.</p>	<p>7,1 > e ≤ 12,3</p>	<p>Pontuação: 2</p>		<p>Relatório enviado à SES, anexo à SIMAS ou outra transmissão do solução determinada pela SES/PE.</p>	2
	<p>Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, Taxa de laboratorialmente confirmada, cirúrgica segundo associada a cateter venoso central em UTI neonatal.</p>	<p>Monitorar e avaliar a qualidade e Avaliar a frequência de infecções da corrente sanguínea cirúrgica para relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-graves e instáveis. nascidos internados em UTI neonatal.</p>	<p>≤ 10,6</p>	<p>Pontuação: 4</p>	<p>SIMAS ou outra Relatório enviado à solução determinada SES, anexo à pela SES/PE. transmissão do</p>	4	
	<p>Acolhimento com Densidade de classificação de incidência de pneumonia associada à</p>	<p>pacientes atendidos em unidades de urgência e emergência, Avaliar a frequência de ocorrência de gravipneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes</p>	<p>> 10,6 e ≤ 20,9</p>	<p>Pontuação: 2</p>		<p>Relatório enviado à SES, anexo à SIMAS ou outra Relatório enviado à</p>	1
	<p>Acolhimento com Densidade de classificação de incidência de pneumonia associada à</p>	<p>pacientes atendidos em unidades de urgência e emergência, Avaliar a frequência de ocorrência de gravipneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes</p>	<p>até 65,4%</p>	<p>Pontuação: 0</p>	<p>Relatório enviado à SES, anexo à SIMAS ou outra Relatório enviado à</p>	4	
	<p>Acolhimento com Densidade de classificação de incidência de pneumonia associada à</p>	<p>pacientes atendidos em unidades de urgência e emergência, Avaliar a frequência de ocorrência de gravipneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes</p>	<p>≤ 13,8</p>	<p>Pontuação: 4</p>		<p>Relatório enviado à SES, anexo à SIMAS ou outra Relatório enviado à</p>	3
	<p>Acolhimento com Densidade de classificação de incidência de pneumonia associada à</p>	<p>pacientes atendidos em unidades de urgência e emergência, Avaliar a frequência de ocorrência de gravipneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes</p>	<p>3,8 > e ≤ 25,1</p>	<p>Pontuação: 2</p>	<p>Relatório enviado à SES, anexo à SIMAS ou outra Relatório enviado à</p>	2	
	<p>Acolhimento com Densidade de classificação de incidência de pneumonia associada à</p>	<p>pacientes atendidos em unidades de urgência e emergência, Avaliar a frequência de ocorrência de gravipneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes</p>	<p>Enviar o relatório da classificação de risco.</p>		<p>Relatório enviado à SES, anexo à SIMAS ou outra Relatório enviado à</p>		

Garantir que o ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE								
TIPO	INDICADOR	incidentes de segurança sejam ESPECIFICAÇÃO registrados, analisados e	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO	
	Conformidade com o Programa Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à Taxa de cobertura do teste para sífilis (teste rápido) na	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados ao trato urinário associada à cateter vesical de teste em UTI obstétrica.	$\leq 4,7$	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS. Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3		
			$> 4,7$ e $\leq 12,6$	Pontuação: 2				
			$\leq 12,6$	Pontuação: 4		Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.		4
			$> 12,6$	Pontuação: 0				
Densidade de incidência de gestantes na infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, Taxa de cobertura associada a cateter da testagem venoso central em rápida para HIV na UTI obstétrica.	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	gestantes testadas na	$\leq 7,1$	Pontuação: 4	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE. Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3		
			$7,1 > e \leq 12,3$	Pontuação: 2				
			Alcançar 100% das gestantes testadas	Pontuação: 4				
Densidade de incidência de gestantes na infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal.	Avaliar a frequência de infecções hospitalares relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos internados sífilis em gestantes em UTI neonatal.	admissão hospitalar.	$\leq 10,6$	Pontuação: 4	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE. Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3		
			$> 10,6$ e $\leq 20,9$	Pontuação: 2				
			Alcançar 100% das puerperas e recém-	Pontuação: 4				
iniciaram tratamento, junto com o recém-nascido, durante a internação hospitalar. Densidade de incidência de pneumonia associada à	diagnosticadas no parto e em seus recém-nascidos durante a internação hospitalar. Avaliar a frequência de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes	nascidos com	$\leq 13,8$	Pontuação: 4	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE. Relatório enviado à SES, anexo à	3		
			$3,8 > e \leq 25,1$	Pontuação: 2				

Garantir que ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	INDICADOR	partos instrumentalizados, ESPECIFICAÇÃO como fórceps e	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Assistência	partos	vácuo-extractor,				
Perinatal Hospitalar	Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada. Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica.	Monitorar as ocorrências de infecções bacterianas nos pacientes internados no tratamento urinário associada à cateter vesical de demora em UTI obstétrica.	Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentais.	Pontuação: ≤ 4,7 4 Pontuação: >4,7 e ≤ 12,6 2	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	23
				Pontuação: > 12,6 0		
				Pontuação: > 12,6 0		
	Densidade de incidência de episiotomias realizadas com justificativa clínica laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	Monitorar a frequência de episiotomia com as boas práticas de infecção da corrente sanguínea, (laboratorialmente confirmada), associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	Assegurar o registro da justificativa clínica documentada em 100% das episiotomias realizadas.	Pontuação: ≤ 7,1 4 Pontuação: 7,1 > e ≤ 12,3 2	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3
Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal.	Monitorar, analisar e avaliar as ações de promoção e de proteção à saúde e a qualidade da assistência de cateter venoso prestada ao recém-nascido internados em UTI neonatal.	Atingir 100% dos recém-nascidos vacinados nas primeiras 12 horas de vida.	Pontuação: ≤ 10,6 4 Pontuação: > 10,6 e ≤ 20,9 2 Pontuação: > 20,9 0	SIMAS ou outro Relatório enviado à solução determinada pela SES/PE. SIMAS.	4 4	
Proporção de recém-nascidos vacinados com a vacina BCG.	Avaliar a frequência de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes	Atingir 100% dos recém-nascidos vacinados.	Pontuação: ≤ 13,8 4 Pontuação: 13,8 > e ≤ 25,1 2	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4	
Densidade de incidência de pneumonia associada à				Relatório enviado à SES, anexo à		

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
Avaliar e monitorar							
Eficiência da Gestão TIPO Hospitalar	Índice de intervalo de substituição de Leitos.	tempo entre a desocupação e a ocupação de leitos hospitalares.	META		FONTE DE SIMAS ou outra VERIFICAÇÃO solução determinada pela SES/PE	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
			≤1,64 dias			4	4
Vigilância do Óbito	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à demora em UTI obstétrica.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados ao trato urinário associada à demora na UTI após 24 horas de internação.	Revisão de	Pontuação:	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4	
			$\leq 4,7$ ou $96,3\%$ ou mais dos	4			
			$>4,7$ e $\leq 12,6$ institucionais.	2			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica. Monitorar a efetividade da vigilância de óbitos	Revisão entre	Pontuação:	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	4
			80,0% e 89,9% dos	1			
			$> 12,6$ óbitos institucionais.	0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal.	Avaliar a frequência da proporção de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos internados em UTI neonatal. Analisar	Investigar	Pontuação:	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	4
			100% dos	0			
			$> 12,3$ óbitos institucionais.	0			
	Proporção de óbitos fetais analisados.	sistematicamente os óbitos fetais para identificar fatores evitáveis. Avaliar a frequência falhas assistenciais de ocorrência de e vulnerabilidades pneumonia no pré-natal, parto associada ao uso de e atendimento ventilação mecânica invasiva em pacientes	maternos.	Pontuação:	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do Relatório enviado à SES, anexo à	3	4
			$\leq 10,6$	4			
			Investigar	Pontuação:			
Densidade de incidência de pneumonia associada à	falhas assistenciais de ocorrência de e vulnerabilidades pneumonia no pré-natal, parto associada ao uso de e atendimento ventilação mecânica invasiva em pacientes	maternos.	Pontuação:	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do Relatório enviado à SES, anexo à	3	4	
		$> 10,6$ e $\leq 20,9$	2				
		100% dos	0				
Densidade de incidência de pneumonia associada à	falhas assistenciais de ocorrência de e vulnerabilidades pneumonia no pré-natal, parto associada ao uso de e atendimento ventilação mecânica invasiva em pacientes	maternos.	Pontuação:	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do Relatório enviado à SES, anexo à	3	4	
		$\leq 13,8$	4				
		Analisar	Pontuação:				
Densidade de incidência de pneumonia associada à	falhas assistenciais de ocorrência de e vulnerabilidades pneumonia no pré-natal, parto associada ao uso de e atendimento ventilação mecânica invasiva em pacientes	maternos.	Pontuação:	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do Relatório enviado à SES, anexo à	3	4	
		$3,8 > e \leq 25,1$ menos que	2				
		100% dos	0				
Densidade de incidência de pneumonia associada à	falhas assistenciais de ocorrência de e vulnerabilidades pneumonia no pré-natal, parto associada ao uso de e atendimento ventilação mecânica invasiva em pacientes	maternos.	Pontuação:	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do Relatório enviado à SES, anexo à	3	4	
		$d > 20,9$ s	0				
		óbitos fetais.	0				

ÍNDICE GLOBAIS DE QUALIDADE								
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	metas		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO	
Atenção ao Usuário	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à Satisfação do usuário. demora em UTI obstétrica.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes. Relação dos trato, urinário associada à cateter vesical de demora na UTI obstétricas atendidas.	satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%.	3				
			Aferir Pontuação: 4	usuário igual ou superior a 12,6	2	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4	
			80,0% e menor que 90,0%.	Aferir Pontuação: 0				
	Aferir Pontuação: 4	usuário igual ou superior a 7,1	4					
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	70,0% e menor que 7,1 > e ≤ 12,3	2	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS/PE.	4		
			80,0%.	Aferir Pontuação: 0				
			Aferir Pontuação: 0	usuário menor que > 12,3.			0	
	Índice de incidência de respostas às queixas de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal.	Publicação mensal das respostas às queixas recebidas na unidade de saúde relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos internados em UTI neonatal.	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas.	4	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3		
			Atingir o grau desejado (100%) de queixas > 20,9 da	2			Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4
			publicação das informações de	4				
Densidade de incidência de pneumonia associada à	Avaliar a frequência de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes	3,8 > e ≤ 25,1 transparência.	2	Relatório enviado à SES, anexo à				

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	moderado (75,01% - META 99,99%) de qualidade da		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Transparência	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Obstétrica. Qualidade da publicação das	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados a trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI obstétrica.	publicação ≤ 4,7	Pontuação: 3 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS. Coor. de	4	5
		transparência em Monitorar a consonância com frequência de normativas infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	informações > 4,7 e ≤ 12,6	Pontuação: 2			
			Attingir o grau intermediário (50,01% - 75,01%) de	Pontuação: 0			
			transparência. Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,01%) de	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	transparência em Monitorar a consonância com frequência de normativas infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI obstétrica.	qualidade da publicação ≤ 7,1	Pontuação: 2 4	Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE	4	
			das informações 7,1 > e ≤ 12,3	Pontuação: 2			
			de transparência. Atingir o grau insuficiente (> 12,3 -	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal.	Avaliar a frequência de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos internados em UTI neonatal.	50,00%) de qualidade da publicação ≤ 10,6	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4	
			das informações > 10,6 e ≤ 20,9	Pontuação: 2			
			de transparência. Atingir o grau crítico (> 20,9	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de pneumonia associada à	Avaliar a frequência de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes	- 25,00%) de qualidade da publicação ≤ 13,8	Pontuação: 4 0	Relatório enviado à SES, anexo à		
			das informações 3,8 > e ≤ 25,1	Pontuação: 2			
de transparência.							

resultados, promovem a transparência dos processos e contribuem para a melhoria contínua da assistência prestada, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

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 OBSTÉTRICA

Nome	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Obstétrica
Conceituação	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.
Importância	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.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1.000
Definições	<p>Fórmula do cálculo: (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000 Estratificar os dados da fórmula em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidade de terapia intensiva (UTI) obstétrica / neonatal. <p>a) Numerador: Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário; ● O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; ● Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes que utilizam cateter duplo J; ● Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico). <p>b) Denominador: Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse</p>

Nome	<p>Critérios de inclusão:</p> <p>Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Obstétrica</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de UTI Obstétrica
Conceituação	<p>calendário</p> <p>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.</p> <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de demora, como cateter duplo, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente;
Importância	<p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes admitidos na UTI já com cateter vesical de demora instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio do ingresso na UTI). <p>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 inadequadas durante a inserção e a manutenção, bem como a falhas na aplicação de protocolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A caracterização de infecção do trato urinário (ITU) associada ao uso de cateter vesical de demora (CVD) deverá obrigatoriamente seguir os critérios diagnósticos estabelecidos
Método de Cálculo	<p>Numerador / denominador x 1.000</p> <p> pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme descrito no Manual de</p>
Definições	<p>Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), nº 01</p> <p>Fórmula do cálculo: (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x / 2024.</p> <p>1.000 Estratificar os dados da fórmula em:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Os casos deverão ser validados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da • Unidade de terapia intensiva (UTI) obstétrica / neonatal. <p>unidade, com base em registros clínicos, laboratoriais e de dispositivos, assegurando uniformidade, rastreabilidade e comparabilidade dos dados.</p> <p>a) Numerador: Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse.</p> <p>Observação 02: 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.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <p>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> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes que utilizam cateter duplo; ● Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico). <p>Definições:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cateter Vesical de Demora (CVD): considera-se aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente. <p>b) Denominador: Total de pacientes com cateter vesical de demora em UTI durante o período de interesse</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de UTI <p>Observação 03: O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD. Quanto menor a taxa de infecção do trato urinário associada a CVD, melhor.</p> <p>demora, como cateter duplo, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente;</p>

Nome	Observação 04: Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de referência de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora em Perimplante 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.
Conceituação	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. Referência da meta: Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA.
Importância	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), sendo o 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 diretamente relacionada ao uso prolongado e inadequado do dispositivo, à adoção de técnicas inadequadas de inserção e manutenção, e à inobservância das Normas Técnicas de aplicação de proteções. Referências: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHSP) - Observatório ANAHSP e IRAS - São Paulo: ANAHSP, 2011. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHSP) - Observatório ANAHSP, Estado de São Paulo - publicação anual 11, Ed. São Paulo: ANAHSP, 2019. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010.
Método de Cálculo	BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, set. 2010. Numerador / denominador x 1.000
	BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade Fórmula do cálculo: (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x assistência em serviços de saúde: indicador nacional das infecções relacionadas à assistência à 1.000 Estratificar os dados da fórmula em: saúde. Boletim Informativo, v. 1, n. 3, Brasília, 2011. • Unidade de terapia intensiva (UTI) obstétrica / neonatal. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 03/2019. Brasília: Anvisa, 2019. a) Numerador: Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse. 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. Critérios de inclusão: ● Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário; ● O dispositivo estar presente no dia da consecução da infecção ou no dia anterior; ● Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas.
	Critérios de Exclusão:
Nome	3.2. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA, LABORATORIALMENTE CONFIRMADA, ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EM UTI OBSTÉTRICA / UTI NEONATAL ● Pacientes que utilizam cateterização da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a Cateter Venoso Central em UTI Obstétrica / UTI Neonatal ● Pacientes que utilizam cateterização de sítio cirúrgico). Denominador: Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse Terapia Intensiva (UTI) 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. Critérios de inclusão: Este indicador é aplicável às Unidades de Terapia Intensiva obstétrica, pediátrica e neonatal, ● Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de 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. Critérios de Exclusão: ● Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de demora, como cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente;

Nome	Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada à Cateter Venoso Central em UTI Obstétrica / UTI Neonatal
Importância	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.
Conceituação	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) é expressa por 1.000 cateteres-dia. A utilização de "cateter-dia" como Numerador / denominador x 1000
Método de Cálculo	denominador permite o ajuste do tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a ocorrência dessa infecção. a) Numerador: Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês, 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. Críticos de inclusão :

- 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

Importância	que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior. 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.
Método de Cálculo	h) Denominador: Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês. Numerador / denominador x 1000
Definição	a) Numerador: Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês. Críticos de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Críticos de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> ● Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez por dia de permanência na unidade ● 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 ● Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.). ● 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). Críticos de Exclusão : <ul style="list-style-type: none"> ● Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.). Observações: <ul style="list-style-type: none"> ● 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 Críticos de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> ● Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez por dia de permanência na unidade. Críticos de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> ● Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD,

Nome	inscrição do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, confirmção diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes Associada a Cateter Venoso Central em UTI Obstétrica / UTI Neonatal
Conceituação	foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será A taxa de densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, confirmada, associada a cateter venoso central (CVC), em pacientes internados em Unidade de no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo. Terapia Intensiva (UTI) é expressa por 1.000 cateteres-dia. A utilização de "cateter-dia" como <ul style="list-style-type: none"> ● Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou denominador permite o ajuste do tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela risco para a ocorrência dessa infecção. quantidade de dispositivos por paciente. Este indicador é aplicável às Unidades de Terapia Intensiva obstétrica, pediátrica e neonatal, <ul style="list-style-type: none"> ● NÃO são considerados cateteres centrais para fins de notificação de dados de IPCSL: fistula devendo ser analisado de forma estratificada por faixa etária, de modo a permitir uma avaliação arteriovenosa, enxerto arteriovenoso, cateteres atriais (também conhecidos como mais precisa do risco e da qualidade do cuidado prestado em cada grupo populacional. cateteres intracardíacos 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 média (midline), dispositivo de assistência ventricular (VAD), cateter arterial, que não se enquadra na definição de cateter central.

Importância	Indicador essencial para o controle de infecções hospitalares. Ele reflete diretamente as práticas <ul style="list-style-type: none"> ● Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou de cuidados intensivos e contribui para a melhoria da qualidade assistencial nas UTIs. Monitorar e seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela reduzir essa taxa é fundamental para a segurança do paciente e para garantir um atendimento quantidade de dispositivos por paciente. eficaz e com menor risco de complicações associadas a infecções graves. <ul style="list-style-type: none"> ● Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco
Método de Cálculo	referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram Numerador / denominador x 1000 utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023.
Definição	<ul style="list-style-type: none"> ● Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica <p>a) Numerador: Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (ANVISA), nº 01 / 2024. pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês.</p> <p>Definições:</p> <p>Critérios de inclusão :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cateter central: dispositivo intravascular utilizado para infusão, coleta de amostra ● Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação esteja posicionada de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e artéria pulmonar, veias cava, veias braquiocefálicas, veias jugulares internas, veias que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e em recém-nascidos todo removido no dia anterior. cateter umbilical venoso ou arterial. <p>→ Tipos de cateteres centrais para fins de vigilância epidemiológica:</p> <p>Critérios de Exclusão :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cateter central permanente: 1) cateter tunelizado, incluindo o cateter tunelizado de ● Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.). hemodiálise; 2) cateter totalmente implantável, incluindo ports. <p>b) Denominador: Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cateter inserido superficial ou profunda de um membro superior ou inferior até o terço distal da ● Pacientes em uso de cateteres periféricos a cada dia em um determinado período de tempo. ● Quando o paciente estiver em uso de um cateter central, este deve ser contado apenas uma vez por dia. Os cateteres não tunelizados são considerados cateteres centrais. ● Cateter Venoso Central (CVC): cateter vascular inserido no coração ou próximo dele ou em <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● grandes vasos para infusão de medicamentos ou nutrição, coleta de sangue ou ● Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD,

Nome	monitorização hemodinâmica. São considerados grandes vasos: artérias pulmonares, veia cava superior, veia cava inferior, tronco braquiocéfálico, veias jugulares internas, Associada a Cateter Venoso Central em UTI Obstétrica / UTI Neonatal
Conceituação	veias subclávias, veia ilíaca externa e veia femoral. Em neonatos, cateteres umbilicais A taxa de densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente são considerados centrais. confirmada, associada a cateter venoso central (CVC), em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 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.
Referência da meta:	Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos em UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA.
Referências:	Este indicador é aplicável às Unidades de Terapia Intensiva obstétrica, pediátrica e neonatal, devendo ser analisado de forma estratificada por faixa etária, de modo a permitir uma análise associada ao cateter venoso central (CVC). Agência Nacional de Saúde Suplementar (S.I.), 1 nov. 2012. p. 1-4.

3.3. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI OBSTÉTRICA / UTI NEONATAL

Nome	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em UTI Obstétrica / UTI Neonatal
Importância	Indicador essencial para o controle de infecções hospitalares. Ele reflete diretamente as práticas
Conceituação	Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (AVV) em UTI por 1000 internados e taxa de mortalidade por paciente em UTI de pacientes em ventilação mecânica (VM) em número de complicações associadas a infecções graves.
Método de Cálculo	É um importante indicador para a gestão da qualidade e segurança do paciente em UTIs. Monitorar a 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. $\text{Numerador} / \text{denominador} \times 1000$
Importância	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.
Método de Cálculo	a) Numerador: Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês. 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	CrITÉRIOS de inclusão: $\text{Numerador} / \text{denominador} \times 1000$ <ul style="list-style-type: none"> ● Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso
Definição	a) Numerador: Número de episódios de pneumonia diagnosticada segundo os critérios clínicos de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3 epidemiológico e laboratorial da ANVISA) em dependentes em ventilação mecânica e invasiva por mais de dois dias consecutivos em ventilação em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior. CrITÉRIOS de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> ● Presença de paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o 1º é o dia de início da VM), a partir da data da infecção o paciente estava em VM ou esta havia sido removida no dia anterior. b) Denominador: Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês. CrITÉRIOS de Exclusão: <ul style="list-style-type: none"> ● 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 Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez por dia de permanência na unidade. a pressão positiva seja fornecida por via aérea artificial (tubo endotraqueal oral / nasal ou tubo de traqueostomia). b) CrITÉRIOS de Exclusão: Denominador: Número de dias de VM (VM/dia) <ul style="list-style-type: none"> ● Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD,

Nome	<p>Critérios de inclusão:</p> <p>Densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em UTI Obstétrica / UTI Neonatal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Total de dias em que todos os pacientes da UTI estiveram em ventilação mecânica
Conceituação	<p>invasiva, durante o período avaliado, em um mês.</p> <p>Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000.</p> <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dias em que o paciente não esteve em ventilação mecânica invasiva
Definição	<p>É um importante indicador para a gestão da qualidade e segurança do paciente em UTIs. Monitora- <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes em outras unidades que não a UTI. <p>la ajuda a identificar problemas de prevenção e controle de infecções, e pode orientar as equipes</p> <p>Observações:</p> <p>de serem estratégias para reduzir a incidência de infecções associadas à ventilação mecânica.</p> </p>
Importância	<p>Além disso, é um parâmetro essencial para garantir que os cuidados prestados em ambientes críticos sejam sempre os mais eficazes e seguros.</p> <p>● Ventilador mecânico: dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma</p>
Método de Cálculo	<p>endotraqueal.</p> <p>Numerador / denominador x 1000</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Em caso de reintubação, considerar novo episódio de ventilação mecânica se o intervalo
	<p>entre a extubação e nova intubação for superior a 48 horas. Nesse caso, reinicia-se a</p> <p>a) Numerador: Número de episódios de pneumonia diagnosticada segundo os critérios clínico-contagem de D1. epidemiológicos e laboratoriais da ANVISA, ocorridos em pacientes em ventilação mecânica</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A validação dos casos de PAV deve ser realizada por profissionais treinados em vigilância invasiva por mais de dois dias consecutivos, em um mês. epidemiológica hospitalar, preferencialmente sob a coordenação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCH), com base nos critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). ● Pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias ● Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco 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. <p>utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023.</p> <p>Critérios de Exclusão:</p> <p>Referência da meta: Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos <ul style="list-style-type: none"> ● 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 </p> <p>Referências:</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Nota Técnica ou tubo de traqueostomia). 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. [S. l.]: Anvisa, 3 jan. 2024. p. 1-55.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <p>3.4. TAXA DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-CESÁREA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Total de dias em que todos os pacientes da UTI estiveram em ventilação mecânica <p>invasiva, durante o período avaliado, em um mês.</p>
Nome	<p>Critérios de Exclusão:</p> <p>Taxa de Infecções de Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea</p>
Definição	<ul style="list-style-type: none"> ● Dias em que o paciente não esteve em ventilação mecânica invasiva <p>A Taxa de ISC pós-cesárea mede a frequência com que ocorrem infecções no local da incisão cirúrgica após a realização de cesariana. Ela permite identificar falhas nos processos de prevenção de infecções, como assepsia, técnica cirúrgica, cuidados pós-operatórios e uso racional de antimicrobianos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ventilador mecânico: dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma
	<p>contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Em caso de reintubação, considerar novo episódio de ventilação mecânica se o intervalo entre a extubação e nova intubação for superior a 48 horas. Nesse caso, reinicia-se a

Nome	Taxa de Infecções de Sítio Cirúrgico Pós-Cesária em unidades assistenciais, especialmente aquelas
Conceituação	voltadas ao cuidado de puérperas, é essencial para a garantia da segurança do paciente, sendo as altas taxas de infecção um indicativo de riscos elevados e potenciais falhas no processo assistencial. O aumento desses índices pode sinalizar deficiências em protocolos cirúrgicos, práticas de assepsia ou esterilização, comprometendo diretamente a qualidade do cuidado prestado. A análise sistemática desses dados subsidia a gestão hospitalar na tomada de decisões baseadas em evidências, permitindo a implementação de ações corretivas e preventivas mais eficazes. Além disso, o controle das infecções está diretamente relacionado à eficiência do uso dos recursos, uma vez que contribui para a redução de internações prolongadas, menor necessidade de uso de
Importância	antibióticos e diminuição das reinternações evitáveis, promovendo maior custo-efetividade. Assim, O monitoramento contínuo das taxas de infecção em unidades assistenciais, especialmente aquelas a vigilância e o acompanhamento desses indicadores refletem o compromisso institucional com a assistência segura, qualificada e centrada na paciente.
Método de Cálculo	altas taxas de infecção um indicativo de riscos elevados e potenciais falhas no processo assistencial. O aumento desses índices pode sinalizar deficiências em protocolos cirúrgicos, práticas de assepsia ou esterilização, comprometendo diretamente a qualidade do cuidado prestado. A Taxa (%) = (Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea / Total de cesarianas realizadas) x 100
Importância	análise sistemática desses dados subsidia a gestão hospitalar na tomada de decisões baseadas em evidências, permitindo a implementação de ações corretivas e preventivas mais eficazes. Além disso, o controle das infecções está diretamente relacionado à eficiência do uso dos recursos, uma vez que contribui para a redução de internações prolongadas, menor necessidade de uso de antibióticos e diminuição das reinternações evitáveis, promovendo maior custo-efetividade. Assim, Crterios de inclusão: a vigilância e o acompanhamento desses indicadores refletem o compromisso institucional com a assistência segura, qualificada e centrada na paciente.
Método de Cálculo	<p>critérios clínicos e laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC, como:</p> <p>Numerador / Denominador x100</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Secreção purulenta no local da incisão.
Definição	<p>Taxa (%) = (Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea / Total de cesarianas realizadas) x 100</p> <p>◆ Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado.</p> <p>a) Numerador: Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea no período de 30 dias da cesárea.</p> <p>Crterios de inclusão:</p> <p>Crterios de Exclusão: gestante</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico confirmado de ISC (superficial, profunda ou de órgão/espaco), de acordo com critérios suspetas laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC de ISC. ● Diagnóstico feito em outros locais da instituição. ● Casos de infecção oriunda de procedimento cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea. ◆ Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado. <p>b) Denominador: Total de cesarianas realizadas.</p> <p>◆ ISC diagnosticada durante o internamento ou após a alta hospitalar, dentro de 30 dias da cesárea.</p> <p>Crterios de inclusão:</p> <p>Crterios de Exclusão: gestante</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Foram realizadas na própria instituição, independentemente do risco ou indicação clínica. ● Ocorrem no período avaliado (ex: mês, trimestre, ano). ● Foram feitas em pacientes internadas para parto, mesmo em casos de cesárea de urgência ou emergência. ● Casos com suspetas, mas sem confirmação clínica ou laboratorial de ISC. ● Diagnóstico de ISC feito após 30 dias da cirurgia.

Nome	Taxa de infecções de Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea
Conceituação	<ul style="list-style-type: none"> ● Incluem cesáreas feitas em gestantes com ou sem comorbidades. <p>A Taxa de ISC pós-cesárea mede a frequência com que ocorrem infecções no local da incisão cirúrgica após a realização de cesariana. Ela permite identificar falhas nos processos de prevenção de infecções, como assepsia, técnica cirúrgica, cuidados pós-operatórios e uso racional de antimicrobianos.</p> <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Partos vaginais;

- Cesarianas realizadas em outras instituições, mesmo que a paciente tenha sido transferida para cuidados posteriores.
- Curetagens, abortamentos ou outros procedimentos obstétricos que não resultam em parto cesariano.

Importância	<p>O monitoramento contínuo das taxas de infecção em unidades assistenciais, especialmente aquelas voltadas ao cuidado de puérperas, é essencial para a garantia da segurança do paciente, sendo as altas taxas de infecção um indicativo de riscos elevados e potenciais falhas no processo assistencial. O aumento desses índices pode sinalizar deficiências em protocolos cirúrgicos, práticas de assepsia ou esterilização, comprometendo diretamente a qualidade do cuidado prestado. A análise sistemática desses dados subsidia a gestão hospitalar na tomada de decisões baseadas em evidências, permitindo a implementação de ações corretivas e preventivas mais eficazes. Além disso, o controle das infecções está diretamente relacionado à eficiência do uso dos recursos, uma vez que contribui para a redução de internações prolongadas, menor necessidade de uso de antibióticos e diminuição das reinternações evitáveis, promovendo maior custo-efetividade. Assim, a vigilância e o acompanhamento desses indicadores refletem o compromisso institucional com a assistência segura, qualificada e centrada na paciente.</p> <p>Referências:</p> <p>ASSOCIATED MODULE. Surgical Site Infection Event (SSI). National Healthcare Safety Network (NHSN), [S. l.], p. 1-42, 1 jan. 2025.</p> <p>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, [S. l.], p. 1-61, 5 mar. 2021.</p>
--------------------	--

Método de Cálculo	<p>Vigilância Sanitária, [S. l.], p. 1-61, 5 mar. 2021.</p> <p>Numerador / Denominador x100</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Nota Técnica</p>
--------------------------	---

Equação	$\text{Taxa (\%)} = \left(\frac{\text{Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea}}{\text{Total de cesarianas realizadas}} \right) \times 100$ <p>relacionadas à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde. [S. l.]: Anvisa, 3 jan. 2024. p. 1-55.</p> <p>a) Numerador: Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea no período.</p>
Critérios de Inclusão:	<ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes submetidas a cesariana na instituição.

Nome	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico confirmado de ISC (superficial, profunda ou de órgão/espaco), de acordo com incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico critérios clínicos e laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC, como: (Escala de Braden).
-------------	--

Conceituação	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Secreção purulenta no local da incisão. <p>Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante o internamento 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).</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado.
---------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ISC diagnosticada durante o internamento ou após a alta hospitalar, dentro de 30 dias da cesárea. <p>Critérios de Exclusão: gestante</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Infecções em pacientes que não passaram por cesariana. ● Casos com suspeita, mas sem confirmação clínica ou laboratorial de ISC. ● Diagnóstico de ISC feito após 30 dias da cirurgia.
--	---

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

Nome	de Cisalhamento Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden). ● Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3.
Conceituação	Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante o internamento hospitalar, ajustando os dados de acordo com a classificação de risco clínico dos pacientes (Escala de Braden) e 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).

Observação 02

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.

Segue a Escala de Braden em formato resumido:

Importância	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.				
	Percepção Sensorial	Totamente limitado	Muito limitado	Leve Limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	levemente limitado	Não apresenta limitações
Método de Cálculo	Nutrição Numerador / denominador x 100	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Definição	a) Numerador: Número de pacientes do Grupo A ou B que desenvolveram LPP				
	Fricção e cisalhamento: Problema				
	b) Denominador: Número total de pacientes do Grupo A ou B sem LPP na admissão				
	Risco Muito Alto			6 a 9 pontos	
	Risco Alto			10 a 12 pontos	
	Risco Moderado			13 a 14 pontos	
Risco Leve			15 a 18 pontos		
Observação 01:					
● Grupo A : Pacientes com Braden ≥ 13 (baixo/médio risco);					
● Grupo B : Pacientes com Braden ≤ 12 (alto risco)					
Critérios de inclusão (para numerador e denominador):					
● Pacientes adultos (≥ 18 anos) internados em unidades de internação clínica, cirúrgica ou UTI;					
Fonte: Guia Rápido de Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão, 2020.					
● Que não apresentavam LPP na admissão hospitalar;					
Interpretações:					
● Com registro da Escala de Braden na admissão;					
● Com permanência mínima de 48 horas no hospital (internações muito breves podem não permitir avaliação real de risco ou surgimento da lesão).					
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,					

Nome	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).
Conceituação	Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante o internamento 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).

	<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 mensuração 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>
Nome	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
Conceituação	Mensura a incidência de quedas com ou sem lesões em pacientes internados na instituição.
Método de Cálculo	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
Método de Cálculo	<p>a) Numerador: Número de pacientes do Grupo A ou B que desenvolveram LPP</p> <p>b) Denominador: Número total de pacientes do Grupo A ou B sem LPP na admissão</p>
Observação 01:	<p>Densidade de Incidência de Quedas = (Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse / Total de pacientes-dia) x 1.000</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Grupo A : Pacientes com Braden ≥ 13 (baixo/medio risco); ● Grupo B : Pacientes com Braden ≤ 12 (alto risco) <p>a) Numerador: Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse</p> <p>Crterios de inclusão (para numerador e denominador):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes adultos (≥ 18 anos) internados em unidades de internação clínica, cirúrgica ou UTI; <p>Crterios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Que não apresentavam LPP na admissão hospitalar; ● Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo com registro da Escala de Braden na admissão; ● Com permanência mínima de 48 horas no hospital (internações muito breves podem não permitir avaliação real de risco ou surgimento da lesão). ● Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e <p>Crterios de Exclusão:</p>

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

Nome	<ul style="list-style-type: none"> ● Todos os pacientes da instituição independente da idade. Densidade de Incidência de Quedas (com ou sem lesão) de Pacientes Internados (por mil).
Conceituação	Critérios de Exclusão: Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição.
Importância	<ul style="list-style-type: none"> ● Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe. 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.
Método de Cálculo	Critérios de Inclusão: $\text{Numerador} / \text{denominador} \times 1.000$ <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes adultos, sob regime de internação nas unidades qualificadas para análise.
Definição	<p>Pacientes internados, de curto prazo, sob observação e para cirurgias no mesmo dia que</p> <p>Densidade de Incidência de Quedas = (Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse / Total de pacientes-dia) × 1.000</p> <p>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.</p> <p>a) Numerador: Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse.</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas. Quedas assistidas. ● Não é aplicável. <p>Quedas repetidas. Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda);</p> <p>Observação 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V); <p>Queda: 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) Denominador: Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse.</p> <p>Observação 02:</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <p>Dano: 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: Nível I (nenhum): paciente não sofreu lesões. Pacientes internados, de curto prazo, sob observação e para cirurgias no mesmo dia que recebem cuidados em unidades de internação qualificadas durante parte ou todo um dia. Nível II (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. Nível III (moderado): resultou em sutura, para adultos, unidades de gravidade mista, unidades pediátricas e obstétricas. Pacientes aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. Nível IV (maior): em uma unidade qualificada para reportar dados são incluídos na contagem de paciente-resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou dia. Nível V (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda.</p> <p>Critérios de exclusão:</p> <p>Notificação da Queda:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Não é aplicável. ● A notificação da queda é de responsabilidade da equipe de enfermagem da unidade onde ocorreu o evento. <p>Observação 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● O profissional que presenciar ou tomar conhecimento da queda deverá registrar imediatamente a queda. <p>Queda: 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</p>

Nome	Densidade de Incidência de Quedas (com ou sem lesão) de Pacientes Internados (por mil). Validação e Acompanhamento:
Conceituação	<ul style="list-style-type: none"> ● O evento deverá ser validado e analisado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição.
Importância	<p>da instituição, com registro do parecer e plano de ação, se aplicável.</p> <p>O indicador em questão mensura a taxa de incidência de quedas, com ou sem lesões associadas,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A depender da gravidade ou recorrência, o evento também será encaminhado à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para avaliação conjunta, quando implicar paciente. <p>em risco assistencial ampliado.</p>
Método de Cálculo	<p>Numerador / denominador x 1.000</p> <p>Documentação obrigatória:</p>
3.7. TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA SEGUNDO ASA	<ul style="list-style-type: none"> ● Todo evento de queda deverá conter os seguintes elementos mínimos para ser considerado Densidade de Incidência de Quedas = (Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse / Total de pacientes-dia) x 1.000 ○ Data, hora e local do evento; <p>a) Numerador: Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Relato sucinto da dinâmica do evento; ○ Classificação da gravidade (com ou sem lesão) e avaliação do risco prévio; <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consulta adotada após a queda. ● Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem ser reportadas mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES) anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade da permanência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência. <p>Referência de meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Todas as unidades da instituição independente da idade. <p>QUALISS; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Densidade de incidência de queda resultando em lesão em paciente: domínio segurança.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe. <p>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-b</p> <p>b) Denominador: Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse.</p> <p>saude-1/Ficha_tecnica_indicador_13.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <p>Referências:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes adultos, sob regime de internação nas unidades qualificadas para análise. <p>ABREU, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>, v. 20, 2012.</p> <p>recebam cuidados em unidades de internação qualificadas durante parte ou todo um dia.</p> <p>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP. <i>Observatório ANAHP: publicação Unidades de cuidado crítico, semi-intensivo, médico, cirúrgico, médico-cirúrgico combinado anual - edição 11</i>, 2019.</p> <p>para adultos, unidades de gravidade mista, unidades pediátricas e obstétricas. Pacientes</p> <p>BOUSHON, B. et al. <i>How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls</i>. Cambridge, MA: Institute em uma unidade qualificada para reportar dados são incluídos na contagem de paciente-for Healthcare Improvement, 2012. Disponível em: <www.ihl.org>. Acesso em: 13 jan. 2019.</p> <p>dia.</p> <p>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <i>Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): protocolo prevenção de quedas</i>. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Não se aplica. <p>CORREIA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>, v. 46, n. 1, 2012.</p> <p>Observação 01:</p> <p>Queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado</p> <p>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</p>

Nome	Taxa de Mortalidade Cirúrgica Segundo ASA.
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos intra hospitalares que ocorreram até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período.
Importância	A probabilidade de ocorrência de óbito e complicações em pacientes cirúrgicos é dependente de diversos fatores, entre os quais se destacam, as condições fisiológicas do doente no pré-operatório (idade ; sexo, presença de comorbidades, entre outros); o tipo de procedimento e o caráter da admissão (cirurgia de emergência, urgência, agendada ou eletiva), e o desempenho do hospital = experiência das equipes cirúrgicas, volume cirúrgico, qualidade das equipes interdisciplinares, disponibilidade de recursos, etc. (Klück, 2004).
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
	<p>a) Numerador: Número de óbitos intra-hospitalares ocorridos até 7 dias após procedimentos cirúrgicos, entre pacientes que atendam aos critérios de inclusão, estratificados por classificação ASA, no período avaliado.</p> <p>b) Denominador: Número total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos que atendam aos critérios de inclusão, estratificados por classificação ASA, no período avaliado.</p> <p>Crterios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cirurgia em paciente internado em serviço de saúde: procedimentos cirúrgicos realizados dentro do centro cirúrgico, que consistam em pelo menos uma incisão e uma sutura, em regime de internação superior a 24 horas (Anvisa, 2009); ● Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004). <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos na mesma data, utilizando-se o mesmo acesso cirúrgico, devem ser computados uma única vez, considerando-se para efeito de ajuste de risco o procedimento de maior complexidade; ● Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos inter-relacionados em datas diferentes do mesmo período (reoperações) também deverão ser computados uma única vez, atribuindo-se o ajuste de risco ao primeiro procedimento. <p>Crterios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Partos normais ou cesáreos. ● Procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009); ● Cirurgias realizadas sob anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida (Klück, 2004). <p>Observação 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A condição pré-operatória do paciente, independente do tipo de cirurgia, é uma variável que influencia decididamente a mortalidade cirúrgica. Há uma relação direta entre a gravidade da condição clínica, avaliada de acordo com a Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists), e a mortalidade cirúrgica. Para tornar o indicador comparável entre os diferentes hospitais, de maneira a destacar a contribuição da

Nome	qualidade da assistência hospitalar e minimizar os fatores relativos à gravidade do caso e Taxa de Mortalidade Cirúrgica Segundo ASA.
Conceituação	à presença de comorbidades, serão realizados ajustes levando em conta as cinco classes Relação percentual entre o número de óbitos intra hospitalares que ocorreram até 7 dias após o ASA dos pacientes (a classe VI não será utilizada), abaixo especificadas: procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período. Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists): Classe I: Normal. Paciente saudável (a única patologia relevante do paciente é a que
Definição	A probabilidade de ocorrência de óbito e complicações em pacientes cirúrgicos é dependente de diversos fatores, entre os quais se destacam as condições fisiológicas do doente no pré-operatório (idade, sexo, presença de comorbidades, entre outros), o tipo de procedimento e o caráter da admissão (cirurgia de emergência, urgência, agendada ou eletiva), e o desempenho do hospital. - experiência das equipes cirúrgicas, volume cirúrgico, qualidade das equipes interdisciplinares, disponibilidade de recursos, etc. (Klück, 2004).
Importância	Classe II: Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica sintomática, falência renal, cirrose); Classe III: Doença sistêmica grave (ex, obesidade morbida, doença respiratória sintomática, falência renal, cirrose); Classe IV: Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, falência hepatorenal); Numerador / denominador x 100 Classe V: Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver sem a operação;
Método de Cálculo	Classe VI: Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para doação. a) Numerador: Número de óbitos intra-hospitalares ocorridos até 7 dias após procedimentos cirúrgicos, entre pacientes que atendam aos critérios de inclusão, estratificados por classificação ASA, no período avaliado. *Observações: entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010). b) Denominador: Número total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos que atendam aos critérios de inclusão, estratificados por classificação ASA, no período avaliado. Observação 02: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES) anexados à transmissão pelo 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. ● Cirurgia em paciente internado em serviço de saúde: procedimentos cirúrgicos realizados dentro do centro cirúrgico, que consistam em pelo menos uma incisão e uma sutura, em regime de internação superior a 24 horas (Anvisa, 2009); Referência da Meta: ● Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004). AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Observações: <i>Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA.</i> ANS, [S. l.], p. 1-4, 1 nov. 2012. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-mesmo-acesso-cirurgico , devem ser computados uma única vez, considerando-se para prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ef-03.pdf. Acesso em: 23 maio 2025. ● Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos inter-relacionados em datas diferentes do mesmo período (reoperações) também deverão ser computados uma única vez, atribuindo-se o ajuste de risco ao primeiro procedimento. ANAHP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. <i>Observatório ANAHP.</i> 4. ed. São Paulo: ANAHP, 2012. 148 p. ● Partos normais ou cesáreos. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. <i>Sítio cirúrgico - critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde.</i> Brasília: Anvisa, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, mar. 2009. p. 1-19. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf . Acesso em: 12 jul. 2012. ● Cirurgias realizadas sob anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida (Klück, 2004). Observação 01: CARRARO, M. A.; ZANATTA, G. A.; KLÜCK, M. M. Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada pela classificação ASA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. <i>Revista HCPA</i> , v. 31, n. Supl. 1, p. 129, 2011. ● A condição pré-operatória do paciente, independente do tipo de cirurgia, é uma variável que influencia decididamente a mortalidade cirúrgica. Há uma relação direta entre a gravidade da condição clínica, avaliada de acordo com a Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists), e a mortalidade cirúrgica. Para tornar o indicador comparável entre os diferentes hospitais, de maneira a destacar a contribuição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

3.8. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nome	Acolhimento com Classificação de Risco.
Conceituação	Verificação do cumprimento da rotina de acolhimento com classificação de risco, por meio do envio mensal do relatório técnico-institucional que comprove a implementação contínua dessa prática.
Importância	Permite avaliar a eficácia do processo de triagem, assegurando que os pacientes sejam atendidos de acordo com a gravidade de seu quadro clínico, priorizando aqueles em situação mais crítica.
Método de Cálculo	Não é aplicável.
Definição	<p>Interpretações:</p> <ul style="list-style-type: none">● O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.● A Classificação de Risco é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada. Os objetivos primários são avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade e reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade. Os pacientes deverão ser encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo e deverão ser informados sobre o tempo de espera, receber ampla informação sobre o serviço aos usuários e oferecer informações aos familiares. <p>Observação 01:</p> <ul style="list-style-type: none">● O acolhimento e a Classificação de Risco devem ser realizados em todos os atendimentos de urgência e emergência.● A Classificação de Risco é de responsabilidade exclusiva do profissional enfermeiro, devidamente habilitado e capacitado para esta função, conforme disposto na Resolução COFEN nº 423/2012.● É vedada a realização da classificação de risco por técnicos de enfermagem ou por qualquer outro profissional não autorizado.● A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção● A avaliação é mensal: envio do relatório institucional, conforme definido nos parâmetros do

Nome	contrato de gestão e nas diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Portaria nº 2.048/GM/MS de 2002.
Conceituação	Verificação do cumprimento da rotina de acolhimento com classificação de risco, por meio do envio mensal do relatório técnico-institucional que comprove a implementação contínua dessa prática. Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES),
Importância	Permite avaliar a eficácia do processo de triagem nos serviços de urgência e atendimento de emergência e a transferência de pacientes para outros serviços de acordo com a gravidade de seu quadro clínico, priorizando aqueles em situação mais crítica de saúde e encaminhando-os para o serviço adequado. Cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.
Método de Cálculo	Não é aplicável.
Referência:	Referência: Interpretações: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <i>Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.</i> Série B. Textos Básicos de Saúde. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2009. p. 1-60. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf . Acesso em: 30 maio 2025. prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade do atendimento e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <i>Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.</i> Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). A Classificação de Risco é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de
3.9. CONFORMIDADE COM O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)	ordem de chegada. Os objetivos primários são avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade e reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade. Os pacientes deverão ser encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo e deverão ser informados sobre o tempo de espera, receber ampla informação sobre o serviço aos usuários e oferecer informações aos familiares. Observação 01: ● O acolhimento e a Classificação de Risco devem ser realizados em todos os atendimentos de urgência e emergência. ● A Classificação de Risco é de responsabilidade exclusiva do profissional enfermeiro, devidamente habilitado e capacitado para esta função, conforme disposto na Resolução COFEN nº 423/2012. ● É vedada a realização da classificação de risco por técnicos de enfermagem ou por qualquer outro profissional não autorizado. ● A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção ● A avaliação é mensal: envio do relatório institucional, conforme definido nos parâmetros do contrato de gestão e nas diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Portaria nº 2.048/GM/MS de 2002.
Definição	

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

INDICADORES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA PERINATAL HOSPITALAR

3.10. TAXA DE COBERTURA DA TESTAGEM PARA SÍFILIS (TESTE RÁPIDO) NA ADMISSÃO DE GESTANTES NA MATERNIDADE

Nome	Taxa de Cobertura da Testagem para Sífilis (teste rápido) na Admissão de Gestantes na Maternidade.
Conceituação	Mensura a proporção de gestantes submetidas ao teste rápido treponêmico para sífilis no momento da internação para o parto.
Importância	A testagem rápida para sífilis na admissão de gestantes na maternidade desempenha um papel fundamental na prevenção da sífilis congênita. Esse procedimento permite identificar falhas na testagem durante o acompanhamento pré-natal, oferecendo uma última oportunidade para intervenção antes do nascimento do bebê. Além disso, a realização da testagem na admissão reforça a linha de cuidado materno-infantil, estando alinhada aos princípios da Rede Alyne, ao assegurar um cuidado integral, contínuo e oportuno às pessoas gestantes e aos recém-nascidos. Do ponto de vista da gestão, esse indicador subsidia ações de vigilância epidemiológica e contribui para a qualificação da atenção obstétrica nas maternidades, promovendo melhorias nos processos assistenciais e no controle de agravos evitáveis.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
	<p>a) Numerador – Número de gestantes admitidas para o parto na maternidade que realizaram o teste rápido para sífilis na admissão.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">● Gestantes testadas com teste rápido para sífilis no momento da admissão hospitalar para o parto, independentemente do resultado. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">● Casos em que não foi possível realizar o teste por óbito materno na admissão ou outras situações clínicas graves que impossibilitaram a coleta. <p>b) Denominador – Número total de gestantes admitidas para o parto na maternidade no período avaliado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">● Todas as gestantes que foram admitidas para o parto na maternidade, no período de análise (parto vaginal ou cesariana). <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">● Pacientes admitidas por outros motivos que não sejam parto (ex.: intercorrências clínicas, abortamento, curetagem, procedimentos ginecológicos);● Gestantes admitidas apenas para acompanhamento clínico ou tratamento, sem evolução para parto na instituição.

Nome	Taxa de Cobertura da Testagem para Sífilis (teste rápido) na Admissão de Gestantes na Maternidade. Definição: Maternidade.
Conceituação	<ul style="list-style-type: none"> ● A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria <i>Treponema pallidum</i> (T. pallidum), e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica, com sequelas irreversíveis em longo prazo;
Definição Importância	<ul style="list-style-type: none"> ● A sífilis congênita é o resultado da transmissão da espiroqueta de <i>Treponema pallidum</i> da mãe para o feto durante o parto (transmissão vertical); ● A realização da testagem na admissão de gestantes na maternidade desempenha um papel fundamental na prevenção da sífilis congênita. Esse procedimento permite identificar falhas na testagem durante o acompanhamento pré-natal, oferecendo uma última oportunidade para intervenção antes do nascimento do bebê. Além disso, a realização da testagem na admissão reforça a linha de cuidado materno-infantil, estando alinhada aos princípios da Rede Alyne, ao assegurar um cuidado integral, contínuo e oportuno às pessoas gestantes e aos recém-nascidos. Do lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP). ● Os testes rápidos (TR) utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP). ● O teste será feito em todas as admissões (independentemente de testagens anteriores); ponto de vista da gestão, esse indicador subsidia ações de vigilância epidemiológica e contribui para a qualificação da atenção obstétrica nas maternidades, promovendo melhorias nos processos assistenciais e no controle de agravos evitáveis. ● O teste rápido utilizado deve ser de natureza treponêmica, registrado na Anvisa, e aprovado pelo Ministério da Saúde, com metodologia baseada em imunocromatografia de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP®). Deve permitir a leitura em até 30 minutos e ser realizado com sangue total por punção digital ou venosa.
Método de Cálculo	$\frac{\text{Número de gestantes admitidas para o parto na maternidade que realizaram o teste rápido para sífilis na admissão.}}{\text{Número total de gestantes admitidas para o parto na maternidade no período avaliado.}} \times 100$
3.11. TAXA DE COBERTURA DA TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV NA ADMISSÃO DE GESTANTES NA MATERNIDADE	<p>a) Numerador: Número de gestantes admitidas para o parto na maternidade que realizaram o teste rápido para sífilis na admissão.</p> <p>Observação 01: O Ministério da Saúde recomenda o rastreio para HIV e para sífilis em dois momentos do pré-natal: na primeira consulta, idealmente no primeiro trimestre da gestação e na terceira trimestre gestacional, além disso, a testagem também é recomendada em situação de violência sexual, no parto, em caso de aborto/natimorto, independentemente de testagens anteriores.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestantes admitidas apenas para a realização do teste rápido para sífilis na admissão. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestantes admitidas por outros motivos que não sejam parto (ex.: intercorrências clínicas, abortamento, curetagem, procedimentos ginecológicos); ● Gestantes admitidas apenas para acompanhamento clínico ou tratamento, sem evolução para parto na instituição. <p>Observação 02: Esses dados devem ser reanalisados por outros motivos na admissão Estadual de Saúde (SES) anexados às transmissões pelo 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.</p> <p>b) Denominador: Número total de gestantes admitidas para o parto na maternidade no período avaliado.</p> <p>Referência da meta: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SCTIE/MS nº 12, de 19 de abril de 2021: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Helio Angotti Neto. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, 19 abr. 2021.</p> <p>Critérios de Exclusão:</p> <p>Referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes admitidas por outros motivos que não sejam parto (ex.: intercorrências clínicas, abortamento, curetagem, procedimentos ginecológicos); ● Gestantes admitidas apenas para acompanhamento clínico ou tratamento, sem evolução para parto na instituição. <p>Brasília: Ministério da Saúde, 2021.</p> <p>Definição: <i>Treponema pallidum</i> (T. pallidum), e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica, com sequelas irreversíveis em longo prazo;</p>

Nome	Taxa de Cobertura da Testagem Rápida para HIV na Admissão de Gestantes na Maternidade
Conceituação	Percentual de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV no momento da internação.
Importância	A realização da testagem rápida para HIV no momento da admissão de gestantes na maternidade é uma ação estratégica de elevada relevância no escopo da atenção obstétrica. Tal prática visa a prevenção da transmissão vertical do HIV, permitindo, por meio do diagnóstico oportuno, a imediata implementação de medidas profiláticas, como a administração de antirretrovirais, a indicação de cesariana eletiva em casos específicos e a contra-indicação ao aleitamento materno, conforme os protocolos clínicos e diretrizes vigentes do Ministério da Saúde.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	<p>a) Numerador – Número de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV na maternidade.</p> <p>Critério de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tenham realizado teste rápido para HIV durante o processo de admissão hospitalar; ● O teste tenha sido realizado na própria unidade hospitalar, antes ou durante o atendimento obstétrico; ● A testagem tenha ocorrido em momento clinicamente oportuno, preferencialmente antes do parto. <p>Critério de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestantes que recusaram a testagem rápida (após aconselhamento); ● Gestantes com condições clínicas graves que impediram a coleta; ● Parto que ocorreu sem tempo hábil para a testagem (ex.: nascimento no transporte ou ao chegar); ● Gestantes que realizaram o teste em outra unidade antes da transferência.. <p>b) Denominador – Total de gestantes admitidas para o parto.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Toda gestante admitida para o parto (parto vaginal, cesariana ou abortamento com internação); ● Gestantes com qualquer idade gestacional; ● Gestantes com parto assistido na própria unidade. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestantes que chegaram em óbito; ● Casos de natimortos sem tempo ou possibilidade de assistência à mãe; ● Gestantes admitidas exclusivamente para observação ou condutas clínicas sem parto; <p>Observação 01:</p> <p>O ministério da saúde recomenda o rastreio para HIV e para sífilis em dois momentos do pré-natal:</p>

Nome	na primeira consulta (idealmente no primeiro trimestre da gestação) e no terceiro trimestre Taxa de Cobertura da Testagem Rápida para HIV na Admissão de Gestantes na Maternidade gestacional; além disso, a testagem também é recomendada em situação de violência sexual, no momento do parto , ou em caso de aborto/natimorto , independentemente de testagens anteriores.
Conceituação	Percentual de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV no momento da internação.
Importância	A realização da testagem rápida para HIV no momento da admissão de gestantes na maternidade é uma ação estratégica de elevada relevância no escopo da atenção obstétrica. Tal prática visa a prevenção da transmissão vertical do HIV, permitindo, por meio do diagnóstico oportuno, a imediata implementação de medidas profiláticas, como a administração de antirretrovirais, a indicação de cesariana eletiva em casos específicos e a contra-indicação ao aleitamento materno, conforme os protocolos clínicos e diretrizes vigentes do Ministério da Saúde. Observações 02: A realização da testagem rápida para HIV é fundamental para a segurança materno-infantil, uma vez que a ausência de condutas adequadas pode resultar em taxas de transmissão vertical de até 25%, ao passo que, com o manejo apropriado, esse índice pode ser reduzido para menos de 1%. Além disso, este indicador constitui um parâmetro relevante para o monitoramento da qualidade da atenção ao parto, refletindo a efetividade dos processos de triagem, acolhimento e rastreamento de gestantes admitidas para o parto que realizaram teste rápido para HIV no momento da admissão hospitalar. Dessa forma, a taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes será considerada um indicador de desempenho e qualidade no presente Contrato de Gestão, devendo ser monitorada regularmente, conforme os critérios pactuados e em consonância com as diretrizes da Rede Alyne, da Política Nacional de Humanização e do Plano Estadual de Saúde.
Método de Cálculo	a) Numerador – Número de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV na maternidade. Crítério de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> ● Tenham realizado teste rápido para HIV durante o processo de admissão hospitalar; Observação 03: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), obstétrico; <ul style="list-style-type: none"> ● O teste tenha sido realizado na própria unidade hospitalar, antes ou durante o atendimento como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência. ● A testagem tenha ocorrido em momento clinicamente oportuno, preferencialmente antes do parto. Referências da Meta: Crítério de exclusão: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE. Nota Técnica nº 6/2024-CGIST/DATHI/SVSA/MS. [S. l.], 18 abr. 2024. <ul style="list-style-type: none"> ● Gestantes que recusaram a testagem rápida (após aconselhamento); ● Gestantes com condições clínicas graves que impediram a coleta; Referência: <ul style="list-style-type: none"> ● Parto que ocorreu sem tempo hábil para a testagem (ex.: nascimento no transporte ou ao chegar); ● Gestantes que realizaram o teste em outra unidade antes da transferência.. transmissíveis (IST). Hélio Angotti Neto. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, 19 abr. 2021. b) Denominador – Total de gestantes admitidas para o parto.

3.12. PERCENTUAL DE GESTANTES COM SÍFILIS DIAGNOSTICADA NO PARTO QUE INICIARAM O TRATAMENTO JUNTO COM O RECÉM-NASCIDO, DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

Nome	Percentual de gestantes com sífilis diagnosticada no Parto que Iniciaram Tratamento, Junto com o recém-nascido, durante a internação hospitalar.
Conceituação	Avalia a proporção de gestantes com diagnóstico de sífilis realizado no momento do parto que iniciaram o tratamento, juntamente com o recém-nascido, ainda durante a internação hospitalar, Crítérios de Exclusão: <ul style="list-style-type: none"> ● Gestantes que chegaram em óbito; ● Casos de natimortos sem tempo ou possibilidade de assistência à mãe;
Definição	<ul style="list-style-type: none"> ● Gestantes admitidas exclusivamente para observação ou condutas clínicas sem parto; Observação 01: O ministério da saúde recomenda o rastreio para HIV e para sífilis em dois momentos do pré-natal:

Nome	A realização de Gestantes com diagnóstico de sífilis no momento do parto, juntamente com o recém-nascido durante a internação hospitalar, reduz o risco de sífilis congênita, com impactos diretos na morbimortalidade neonatal. Esse cuidado oportuno também permite monitorar a qualidade da assistência prestada no parto e no pós-parto imediato, além de garantir o início do tratamento, juntamente com o recém-nascido, ainda durante a internação hospitalar, conforme protocolos assistenciais.
Importância	possibilita a identificação de falhas assistenciais e de fluxo, especialmente nos casos detectados tardiamente.

Método de

Numerador / Denominador x100

Cálculo

Importância	<p>a) Numerador – Número de gestantes com diagnóstico de sífilis no momento do parto que iniciaram o tratamento na internação hospitalar junto com os recém-nascidos.</p> <p>Crterios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestantes diagnosticadas com sífilis no momento do parto, através de teste rápido, VDRL ou outro exame sorológico; Gestantes que iniciaram o tratamento na internação hospitalar, com esquema terapêutico adequado conforme protocolo do Ministério da Saúde;
Método de Cálculo	<ul style="list-style-type: none"> Recém-nascidos que também iniciaram o tratamento durante a internação, conforme o protocolo clínico baseado na avaliação neonatal. <p>Numerador / Denominador x100</p>

Definição	<p>a). Numerador – Número de gestantes com diagnóstico de sífilis no momento do parto que iniciaram o tratamento na internação hospitalar junto com os recém-nascidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestantes diagnosticadas no parto que não iniciaram o tratamento na maternidade; Casos em que apenas o recém-nascido foi tratado, mas a mãe não recebeu medicação; <p>Crterios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamentos iniciados após a alta hospitalar. Gestantes diagnosticadas com sífilis no momento do parto, através de teste rápido, VDRL ou outro exame sorológico; <p>Denominador – Número total de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o parto, independentemente do início do tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestantes que iniciaram o tratamento na internação hospitalar, com esquema terapêutico adequado conforme protocolo do Ministério da Saúde; <p>Crterios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recém-nascidos que também iniciaram o tratamento durante a internação, conforme o protocolo clínico baseado na avaliação neonatal. Todas as gestantes diagnosticadas com sífilis no parto, independentemente do início ou não do tratamento; <p>Crterios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico realizado durante a admissão ou durante o trabalho de parto (ou seja, sem diagnóstico prévio registrado no pré-natal); Casos em que apenas o recém-nascido foi tratado, mas a mãe não recebeu medicação; <p>Crterios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamentos iniciados após a alta hospitalar. Gestantes já diagnosticadas e tratadas durante o pré-natal (não se enquadram no diagnóstico no parto); <p>Denominador – Número total de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o parto, independentemente do início do tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Partos ocorridos fora da unidade hospitalar avaliada (ex: transferências externas ou domicílios, se não houver confirmação da testagem e conduta na unidade). <p>Crterios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todas as gestantes diagnosticadas com sífilis no parto, independentemente do início ou não do tratamento; <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, após apenas diagnóstico realizado durante a admissão ou durante o trabalho de parto (ou seja, sem teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico), independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis.
Definição	

Nome	Percentual de Gestantes com Sífilis Diagnosticada no Parto que Iniciaram Tratamento, Junto com o Recém-Nascido, durante a Internação Hospitalar
Conceituação	<p>● O registro da administração da medicação deve ser realizado formalmente no prontuário da Avalia a proporção de gestantes com diagnóstico de sífilis realizado no momento do parto que dupla mãe/recém-nascido, ou em ficha espelho específica, contendo obrigatoriamente a iniciaram o tratamento, juntamente com o recém-nascido, ainda durante a internação hospitalar, data e a hora em que a medicação foi administrada, além da identificação do profissional conforme protocolos assistenciais. responsável pela aplicação. Esse registro deve ser legível, datado e assinado, garantindo</p>

a rastreabilidade e a segurança do procedimento.

Referência da meta:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SCTIE/MS nº 12, de 19 de abril de 2021: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente

Importância	<p>A realização do tratamento das gestantes diagnosticadas com sífilis no parto, juntamente com os recém-nascidos em saúde, durante a internação hospitalar, reduz o risco de sífilis congênita, com impactos diretos na morbimortalidade neonatal. Esse cuidado oportuno também permite monitorar a qualidade da assistência prestada no parto e no pós-parto imediato, além de garantir o início do cuidado integral conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Ademais, possibilita a identificação de falhas assistenciais e de fluxo, especialmente nos casos detectados tardiamente.</p>
-------------	--

3.13. PROPORÇÃO DE PARTOS INSTRUMENTALIZADOS COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA REGISTRADA

Nome	Proporção de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clínica Registrada
Método de Cálculo	$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$
Conceituação	<p>Percentual de partos vaginais que foram instrumentalizados (fórceps ou vácuo-extrator), com registro de justificativa clínica documentada no prontuário.</p> <p>a) Numerador – Número de gestantes com diagnóstico de sífilis no momento do parto que iniciaram o tratamento na internação hospitalar junto com os recém-nascidos.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestantes diagnosticadas com sífilis no momento do parto, através de teste rápido, VDRL ou outro exame sorológico; ● Gestantes que iniciaram o tratamento na internação hospitalar, com esquema terapêutico adequado conforme protocolo do Ministério da Saúde; ● Recém-nascidos que também iniciaram o tratamento durante a internação, conforme o protocolo clínico baseado na avaliação neonatal. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestantes diagnosticadas no parto que não iniciaram o tratamento na maternidade; ● Casos em que apenas o recém-nascido foi tratado, mas a mãe não recebeu medicação; ● Tratamentos iniciados após a alta hospitalar. <p>Denominador - Número total de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o parto, independentemente do início do tratamento.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Todas as gestantes diagnosticadas com sífilis no parto, independentemente do início ou não do tratamento; ● Diagnóstico realizado durante a admissão ou durante o trabalho de parto (ou seja, sem diagnóstico prévio registrado no pré-natal);
Definição	

Nome	Proporção de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clínica Registrada
Conceituação	obstétrica no âmbito da maternidade, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde. Percentual de partos vaginais que foram instrumentalizados (fórceps ou vácuo-extrator), com seu monitoramento estimula o uso ético, responsável e baseado em evidências científicas de registro de justificativa clínica documentada no prontuário.

instrumentos obstétricos, como o fórceps e o vácuo-extrator, conforme preconizado pela Portaria MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Alyne, e pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A exigência de justificativa clínica devidamente registrada no prontuário reduz o risco de intervenções desnecessárias e complicações maternas e neonatais, como lacerações, hemorragias e traumas cranianos. O uso indiscriminado desses dispositivos, sem respaldo técnico, pode configurar violação dos princípios de segurança assistencial, sendo incompatível com os preceitos de uma atenção obstétrica segura e qualificada. Dessa forma, a documentação da indicação clínica atua como ferramenta de proteção à integridade física da pessoa gestante e do recém-nascido.

Além disso, o registro adequado da justificativa para o uso de parto instrumental fortalece a

Importância

transparência do cuidado, a segurança jurídica da equipe assistencial e a qualidade das informações em saúde, sendo um critério fundamental em auditorias clínicas e avaliações de desempenho institucional. Tais práticas estão em conformidade com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.298/2004, que reforça o direito ao consentimento informado, o protagonismo da pessoa em trabalho de parto e o respeito às decisões no processo de parto e nascimento.

Ademais, esse indicador constitui um instrumento estratégico de gestão e qualificação da atenção obstétrica, permitindo o acompanhamento contínuo das condutas clínicas, a identificação de desvios de prática, a definição de ações corretivas, bem como a implementação de processos formativos voltados à educação permanente das equipes multiprofissionais.

Dessa forma, a adoção e o monitoramento sistemático deste indicador no contrato de gestão reforçam o compromisso institucional com a humanização, a segurança e a legalidade da assistência obstétrica, consolidando a cultura da qualidade e da responsabilidade sanitária no

Método de Cálculo	<p>âmbito do SUS. A utilização deste indicador tem como finalidade avaliar a qualidade e a segurança da assistência obstétrica no âmbito da maternidade, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde. Numerador / Denominador x 100 Seu monitoramento estimula o uso ético, responsável e baseado em evidências científicas de</p> <p>Numerador: Partos instrumentais realizados com justificativa clínica registrada, pela Portaria MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Alyne, e pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).</p> <p>Denominador: Total de partos instrumentalizados realizados</p> <p>A exigência de justificativa clínica devidamente registrada no prontuário reduz o risco de intervenções desnecessárias e complicações maternas e neonatais, como lacerações, hemorragias e traumas cranianos. O uso indiscriminado desses dispositivos, sem respaldo técnico, pode configurar violação dos princípios de segurança assistencial, sendo incompatível com os preceitos de uma atenção obstétrica segura e qualificada. Dessa forma, a documentação da indicação clínica atua como ferramenta de proteção à integridade física da pessoa gestante e do recém-nascido.</p> <p>Além disso, o registro adequado da justificativa para o uso de parto instrumental fortalece a</p> <p>Creritrios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Partos vaginais assistidos com fórceps ou vácuo-extrator, com justificativa clínica documentada (ex: sofrimento fetal agudo, necessidade de abreviar expulsivo, distócia de rotação); ● Registro deve constar no prontuário da parturiente (evolução médica ou campo específico). <p>Creritrios Excluído:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Instrumentalizações sem justificativa clínica descrita; ● Registros incompletos, vagos ou com justificativas não técnicas (ex: conduta da equipe, rotina);
Importância	<p>transparência do cuidado, a segurança jurídica da equipe assistencial e a qualidade das informações em saúde, sendo um critério fundamental em auditorias clínicas e avaliações de desempenho institucional. Tais práticas estão em conformidade com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.298/2004, que reforça o</p>

Nome	Proporção de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clínica Registrada ²⁵ .
Conceituação	<p>Percentual de partos vaginais que foram instrumentalizados (fórceps ou vácuo-extrator), com Definições:</p> <p>registro de justificativa clínica documentada no prontuário.</p> <p>Fórceps: Instrumento obstétrico utilizado para auxiliar no parto vaginal, especialmente em</p>

situações em que há dificuldade na progressão do feto durante a fase final do trabalho de parto. Consiste em duas hastas metálicas com formato anatômico que são posicionadas ao redor da cabeça do bebê, permitindo sua tração controlada para facilitar o nascimento.

Vácuo-extrator (ventosa obstétrica): Instrumento utilizado para auxiliar o parto vaginal por meio da aplicação de uma ventosa na parte posterior da cabeça do bebê, conectada a um sistema de vácuo. Sua tração controlada permite a saída fetal.

Atenção:

*O parto instrumentalizado deve ser evitado, sendo indicado apenas quando houver justificativa clínica precisa, como sofrimento fetal agudo ou necessidade de abreviar o período expulsivo, conforme diretrizes do Ministério da Saúde. Entre os instrumentos disponíveis, a escolha entre fórceps e vácuo-extrator deve considerar a experiência da equipe e as condições clínicas da mãe e do recém-nascido. O uso sem critério técnico pode configurar **violência obstétrica** e comprometer a segurança materno-infantil.*

(BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, 2016).

Descrição do Procedimento:

Indicações para uso de fórceps e vácuo-extrator :

- **Maternas:**
 - Abreviação do período expulsivo (exaustão materna, esforços expulsivos maternos insuficientes);
 - Doenças e/ou condições maternas em que se evita o esforço no período expulsivo (cardiopatas, pneumopatas e cesárea prévia).

Definição	<p>A utilização deste indicador tem como finalidade avaliar a qualidade e a segurança da assistência obstétrica no âmbito da maternidade, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde. Seu monitoramento é ético, responsável e baseado em evidências científicas de instrumentos obstétricos, como fórceps e vácuo-extrator, conforme preconizado pela Portaria MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Nacional de Segurança da Gestante e do Recém-nascido, e pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).</p> <p>Contra-indicações para uso de fórceps e vácuo-extrator:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Desproporção cefálica; ○ Feto morto; ou Idade gestacional inferior a 37 semanas; ○ Ausência de justificativa clínica fetal, documentada no prontuário, que demonstre a necessidade de intervenção de emergência obstétrica, como lacerações, hemorragias e traumas cranianos. O uso indiscriminado desses dispositivos, sem respaldo técnico, pode configurar violação dos princípios de segurança assistencial, sendo incompatível com os preceitos de uma atenção obstétrica segura e qualificada. Dessa forma, a documentação da indicação clínica atua como ferramenta de proteção à integridade física da pessoa gestante e do recém-nascido. <p>Documentação obrigatória descritiva após o parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Indicação para o procedimento e diagnóstico pré-operatório; ● Estado fetal (posição, valor do batimento cardíaco fetal, altura da apresentação, idade gestacional e critérios de aplicabilidade); ● Descrição da discussão com a paciente/acompanhante; ● Diagnóstico pós-operatório com dados do parto; ● Descrição do procedimento em si, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipo de anestesia, tipo de vácuo utilizado, pressão negativa máxima utilizada;
Importância	<p>Além disso, o registro adequado da justificativa para o uso de parto instrumental fortalece a transparência do cuidado, a segurança jurídica da equipe assistencial e a qualidade das informações em saúde, sendo um critério fundamental em auditorias clínicas e avaliações de desempenho institucional. Tais práticas estão em conformidade com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.298/2004, que reforça o</p>

Nome	Proporção de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clínica Registrada, ocorrência de
Conceituação	lacerações, realização ou não de episiotomia. Percentual de partos vaginais que foram instrumentalizados (fórceps ou vácuo-extrator), com registro de justificativa clínica documentada no prontuário. Descrição do relatório:

O relatório da maternidade, a ser enviado à Secretaria Estadual de Saúde (SES) juntamente com a transmissão do SIMAS, deve conter informações detalhadas sobre o número de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada no período de referência. É imprescindível que o documento presente, para cada procedimento realizado, a justificativa clínica devidamente documentada no prontuário, comprovando que o parto instrumentalizado foi conduzido de forma criteriosa, com respaldo técnico-científico e respeito à autonomia da pessoa em trabalho de parto. Além disso, a justificativa clínica deve evidenciar a necessidade real do procedimento, com base em evidências científicas ou protocolos institucionais vigentes. Tais informações são fundamentais para a qualificação da assistência obstétrica, assegurando que as práticas estejam em conformidade com as diretrizes da Rede Alyne e da Política Nacional de Humanização (PNH). Isso contribui diretamente para o monitoramento efetivo do indicador e para o cumprimento das metas pactuadas com a gestão estadual.

Observação:

- A CONTRATADA **deverá** encaminhar, mensalmente, relatório complementar contendo informações detalhadas que não são automaticamente extraídas pelo sistema SIMAS, tais como o número de partos instrumentalizados realizados e suas respectivas justificativas clínicas documentadas, conforme critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES).
- Este relatório deverá ser anexado à transmissão dos dados no SIMAS, por meio da funcionalidade específica para upload de documentos, quando disponível. Na ausência dessa funcionalidade, o relatório deverá ser enviado por meio eletrônico alternativo indicado pela SES, respeitando os prazos estipulados para envio.

	A utilização deste indicador tem como finalidade avaliar a qualidade e a segurança da assistência obstétrica no âmbito da maternidade, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde. Referências: BRASIL , Ministério da Saúde. DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL. Seu monitoramento estimula o uso ético, responsável e baseado em evidências científicas de Ministério da Saúde, [S. l.], p. 1-119, 1 jan. 2022. instrumentos obstétricos, como o fórceps e o vácuo-extrator, conforme preconizado pela Portaria ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. Operative Vaginal Delivery: MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Alyne, e pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). ASSOCIAÇÃO ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Parto assistido por fórceps. 2022. Disponível em: A exigência de justificativa clínica devidamente registrada no prontuário reduz o risco de https://medicalseuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Parto-Forceps.pdf . Acesso em: 9 jul. 2025. intervenções desnecessárias e complicações maternas e neonatais, como lacerações, hemorragias
--	---

3.14. PROPORÇÃO DE EPISIOTOMIAS REALIZADAS COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA DOCUMENTADA

	configurar violação dos princípios de segurança assistencial, sendo incompatível com os preceitos de uma atenção obstétrica segura e qualificada. Dessa forma, a documentação da indicação clínica
Nome	atua como ferramenta de proteção à integridade física da pessoa gestante e do recém-nascido. Proporção de episiotomias realizadas com justificativa clínica documentada.
Conceituação	Além disso, o registro adequado da justificativa para o uso de parto instrumental fortalece a Este indicador acompanha a quantidade de episiotomias realizadas durante partos vaginais em que há transparência do cuidado, a segurança jurídica da equipe assistencial e a qualidade das registro claro e documentado da justificativa clínica para a realização do procedimento. informações em saúde, sendo um critério fundamental em auditorias clínicas e avaliações de
	desempenho institucional. Tais práticas estão em conformidade com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.298/2004, que reforça o

Nome	Prática de redução do uso indiscriminado e não justificado de episiotomia, em consonância com as políticas públicas de humanização do parto e com as diretrizes voltadas à segurança e à qualidade da assistência obstétrica, refletindo
Conceituação	Este indicador acompanha a quantidade de episiotomias realizadas durante partos vaginais em que há o compromisso da instituição de saúde com práticas baseadas em evidências científicas, o respeito aos direitos das pessoas gestantes, e a promoção de um parto seguro e humanizado. Este indicador registra o registro claro e documentado da justificativa clínica para a realização do procedimento.
	A episiotomia, anteriormente realizada de forma rotineira, é atualmente reconhecida como uma intervenção que deve ser restrita a situações com indicação clínica claramente estabelecida. Essa
Importância	diretriz é respaldada por organismos nacionais e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde. Trata-se de um indicador de elevada relevância para a qualificação da assistência obstétrica, refletindo (OMS), a Rede Alynne e a Política Nacional de Humanização (PNH). o compromisso da instituição de saúde com práticas baseadas em evidências científicas, o respeito aos Nesse contexto, o indicador busca estimular a adoção de boas práticas obstétricas, promovendo a redução do uso indiscriminado e não justificado da episiotomia, em consonância com as políticas públicas de humanização do parto e com as diretrizes voltadas à segurança e à qualidade da atenção obstétrica.
Importância Método de Cálculo	diretriz é respaldada por organismos nacionais e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Rede Alynne e a Política Nacional de Humanização (PNH). Número de Numerador / denominador x 100 Nesse contexto, o indicador busca estimular a adoção de boas práticas obstétricas, promovendo a redução do uso indiscriminado e não justificado da episiotomia, em consonância com as políticas públicas de humanização do parto e com as diretrizes voltadas à segurança e à qualidade da atenção obstétrica. Critérios de Inclusão:
Método de Cálculo	Número de Partos vaginais com realização de episiotomia; ● Registro da justificativa clínica no prontuário (ex: sofrimento fetal agudo, distócia de ombro,
Definição	<p>Numerador: Número de episiotomias com justificativa clínica registrada (prematunidade com necessidade de agilidade no nascimento).</p> <p>Denominador: Total de episiotomias realizadas</p> <p>Atenção de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Partos cesáreos; <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prontuários com documentação incompleta ou ausente da justificativa da episiotomia. ● Partos vaginais com realização de episiotomia; <p>Descrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Registro da justificativa clínica no prontuário (ex: sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, prematuridade com necessidade de agilidade no nascimento). <p>O relatório da Maternidade a ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde (SES), em anexo à transmissão do SIMAS, deve conter informações detalhadas sobre o número de episiotomias realizadas no período de referência, acompanhadas da respectiva justificativa clínica documentada para cada procedimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prontuários com documentação incompleta ou ausente da justificativa da episiotomia. <p>É fundamental que o relatório comprove que as episiotomias foram realizadas de forma criteriosa, com</p> <p>Descrição:</p> <p>indicação clínica devidamente fundamentada, como nos casos de sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, parto operatório iminente com risco materno ou fetal, entre outras situações previstas em protocolos institucionais ou diretrizes clínicas reconhecidas.</p> <p>A justificativa deverá estar registrada no prontuário da pessoa em trabalho de parto, por meio de nota evolutiva elaborada pelo profissional responsável, contendo data, hora, indicação clínica e, sempre que possível, a descrição da decisão compartilhada com a pessoa gestante. Esse registro deve assegurar a indicação clínica devidamente fundamentada, como nos casos de sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, parto operatório iminente com risco materno ou fetal, entre outras situações previstas em protocolos institucionais ou diretrizes clínicas reconhecidas.</p> <p>A justificativa deverá estar registrada no prontuário da pessoa em trabalho de parto, por meio de nota evolutiva elaborada pelo profissional responsável, contendo data, hora, indicação clínica e, sempre que possível, a descrição da decisão compartilhada com a pessoa gestante. Esse registro deve assegurar a rastreabilidade do procedimento, a transparência da conduta adotada e o respeito à autonomia da pessoa assistida, conforme preconizado pelas políticas públicas de humanização da assistência ao parto e nascimento.</p> <p>Definições:</p> <p>Episiotomia: incisão da decisão compartilhada com a pessoa gestante. Esse registro deve assegurar a rastreabilidade do procedimento, a transparência da conduta adotada e o respeito à autonomia da pessoa assistida, conforme preconizado pelas políticas públicas de humanização da assistência ao parto e nascimento.</p>

Nome	Justificativa clínica: Registro médico claro que justifique a necessidade da episiotomia com base em Registro de episiotomias realizadas com justificativa clínica documentada.
Conceituação	critérios clínicos. Este indicador acompanha a quantidade de episiotomias realizadas durante partos vaginais em que há registro claro e documentado da justificativa clínica para a realização do procedimento. Observações:

- Do ponto de vista da gestão hospitalar, o acompanhamento deste indicador permite identificar eventuais desvios de conduta profissional, práticas desatualizadas ou falhas no processo de

Importância	Trata-se de registro individual de elevado nível de exigência quanto à qualificação do assistente obstétrico, refletindo o compromisso da instituição de saúde com a segurança e o bem-estar científico, ético e profissional das pessoas gestantes, na preservação de seus direitos e da integridade física e psicológica. A episiotomia, anteriormente utilizada por razões técnicas, é atualmente reconhecida como uma intervenção que deve ser adotada apenas em situações excepcionais, quando a ausência de episiotomia é responsável por danos às mães e aos bebês. Este indicador encontra-se em processo de validação em nível nacional pelo Ministério da Saúde (OMS), a Rede Nacional de Humanização da Assistência Obstétrica (RNAO) e a Rede Nacional de Humanização da Assistência Obstétrica (RNHO) um importante instrumento para o Nesse contexto, a adoção deste indicador de qualidade da assistência obstétrica é uma estratégia importante para a redução de serviços desnecessários e não justificados da episiotomia, em consonância com as políticas públicas de Humanização da Assistência Obstétrica, visando à melhoria da qualidade da assistência obstétrica. Informações detalhadas que não são automaticamente extraídas pelo sistema SIMAS, tais
--------------------	--

Método de Cálculo	como o número de episiotomias realizadas e suas respectivas justificativas clínicas Numerador / denominador x 100 documentadas, conforme critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES).
--------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ● Este relatório deverá ser anexado à transmissão dos dados no SIMAS, por meio da funcionalidade Numerador: Número de episiotomias com justificativa clínica registrada específica para upload de documentos, quando disponível. Na ausência dessa funcionalidade, Denominador: Total de episiotomias realizadas o relatório deverá ser enviado por meio eletrônico alternativo indicado pela SES, respeitando o prazo estipulado para envio. <p>Referências:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Partos vaginais com realização de episiotomia; ● Registro da justificativa clínica no prontuário (ex: sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, prematuridade com necessidade de agilidade no nascimento). <p>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Partos cesáreos; ● Prontuários com documentação incompleta ou ausente da justificativa da episiotomia.
--	--

3.15. PROPORÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS ELEGÍVEIS VACINADOS COM 1ª DOSE DE VACINA CONTRA HEPATITE B

	O relatório da maternidade a ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde (SES), em anexo à transmissão do SIMAS, deve conter informações detalhadas sobre o número de episiotomias realizadas no período de referência, acompanhadas da respectiva justificativa clínica documentada para cada
--	---

Nome	Proporção de RN elegíveis Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B
Conceituação	É fundamental que o relatório contemple que as episiotomias foram realizadas de forma criteriosa, com indicação clínica de via parto e data, hora, indicação clínica e, sempre que possível, a descrição da decisão compartilhada com a pessoa gestante. Esse registro deve assegurar a rastreabilidade do procedimento, a transparência da conduta adotada e o respeito à autonomia da pessoa assistida, conforme preconizado pelas políticas públicas de humanização da assistência ao parto

Nome	Proporção de RN elegíveis Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B de consolidada em relatório gerencial mensal com apresentação de justificativa técnica e comprovação documental.
Conceituação	Proporção de recém-nascidos (RN) elegíveis que receberam a primeira dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24 horas após o nascimento, em relação ao total de nascidos vivos elegíveis no mesmo período, na unidade de saúde. Observação 01: Prematuridade e baixo peso: Em casos de prematuridade e baixo peso, o médico deve avaliar o momento ideal da vacinação.

Observação 02:

- RN que necessitam receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados - não vacine com vacinas de agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e até 90 dias após o uso daqueles produtos.
- RN que apresentam doença febril grave - não vacine até a resolução do

Definição	A aplicação da primeira dose da vacina contra a hepatite B não seja atendida nas primeiras 24 horas de vida é considerada uma ação estratégica fundamental para a prevenção da transmissão vertical do vírus, especialmente durante o parto. A vacinação precoce reduz significativamente o risco de infecção crônica, particularidades para a indicação ou não da vacinação.
Importância	● Usuários que fazem uso de terapia com corticosteróides devem ser assegurados com intervalo de pelo menos, três meses após a suspensão da droga. conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). O acompanhamento sistemático da Observação 03: Para fins de cálculo, devem ser considerados apenas os RNs proporção de recém-nascidos vacinados até 24 horas de vida permite monitorar o desempenho das práticas de imunização, identificar falhas operacionais nos fluxos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para vacinação. Quando houver diferença entre o número total de nascidos vivos e o número de perinatal, contribuindo para o cumprimento das metas pactuadas no âmbito da RNs elegíveis no período, deverá ser apresentada justificativa para os casos gestão contratual. considerados não aptos.
Meta	Alcançar 100% dos recém-nascidos vacinados nas primeiras 24 horas.
Método de Cálculo	NOTAS: ● É considerada imunossupressora a dose superior a 2 mg/kg/dia de prednisona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/kg/dia para adultos e adolescentes. $\frac{\text{Número de recém-nascidos elegíveis vacinados com a 1ª dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24 horas}}{\text{Número total de nascidos vivos no período}} \times 100$ ● O uso de corticoides por via inalatória ou tópicos ou em esquemas de altas doses em curta duração (menor de que 14 dias) não constitui contra-indicação de vacinação. a) Numerador: Número de recém-nascidos elegíveis vacinados com a 1ª dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24h. b) Denominador: Número total de recém-nascidos elegíveis nascidos vivos no período. Observação 04: O Ministério da Saúde recomenda que a vacina contra hepatite B seja administrada em recém-nascidos preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida , ainda na maternidade, como estratégia fundamental para a prevenção da transmissão vertical da doença, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações - PNI (Brasil, Ministério da Saúde, Nota Técnica nº 108/2025-saúde no período avaliado. CGICI/DPNI/SVSA/MS). Critério de Exclusão: Denominação: ● RN com imunodeficiência congênita ou adquirida; ● RN: Recém Nascido. ● RN com neoplasia maligna, em tratamento com corticosteróides em dose

Nome	Proporção de RN elegíveis Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B
Conceituação	Observação 04: A contratada deverá consolidar e enviar os dados, até o 20º dia Proporção de recém-nascidos (RN) elegíveis que receberam a primeira dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24 horas após o nascimento, em relação ao total de nascidos vivos elegíveis no mesmo período, na unidade de saúde, respeitando os prazos e formatos estabelecidos pela contratante.

Referência

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS HEPATITE B E COINFEÇÕES. PORTARIA SECTICS/MS Nº 25, DE 18 DE MAIO DE 2023, [S. I.], p. 1-104, 18 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças e Agravos não Infecciosos e Traumatológicos. **Processamento de dados de vacinação de recém-nascidos com a vacina contra hepatite B nas primeiras 24 horas de vida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 170 p. ISBN 978-85-304-2164-0. Disponível em: http://www.ms.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao_perinatale. Acesso em: 04 jan 2025.

3.16. PROPORÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS VACINADOS COM A VACINA BCG

Importância assegurar uma assistência neonatal segura, oportuna e de qualidade, em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). O acompanhamento sistemático da

Nome	Proporção de Recém-nascidos Elegíveis Vacinados com a Vacina BCG
Conceituação	Refere-se à porcentagem de recém-nascidos (RN) elegíveis que receberam a vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) em relação ao total de nascimentos ocorridos no período perinatal, contribuindo para o cumprimento das metas pactuadas no âmbito da gestão central.
Meta	Alcançar 100% dos recém-nascidos vacinados nas primeiras 24 horas de vida permite monitorar o desempenho das práticas de imunização, identificar falhas operacionais nos fluxos assistenciais e orientar ações corretivas voltadas à qualificação da atenção perinatal, contribuindo para o cumprimento das metas pactuadas no âmbito da gestão central.
Método de Importância Cálculo	deixar sequelas severas se não forem tratadas rapidamente. A proporção de recém-nascidos vacinados com a vacina BCG também serve como um indicador da cobertura vacinal de um país
Método de Cálculo	ou região. Uma alta proporção de recém-nascidos vacinados sugere que o sistema de saúde está conseguindo atingir a maior parte das crianças para as vacinas necessárias, especialmente em áreas onde a tuberculose é mais prevalente.
Método de Cálculo	a) Numerador: Número de recém-nascidos elegíveis vacinados com a 1ª dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24h.
Método de Cálculo	b) Denominador: Número total de recém-nascidos elegíveis nascidos vivos no período.
Método de Cálculo	b) Denominador: Número de recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações e que foram vacinados nos 24h na unidade.
Método de Cálculo	Critério de Inclusão
Método de Cálculo	<ul style="list-style-type: none"> ● Total de recém-nascidos vivos aptos à vacinação, nascidos na unidade de saúde no período avaliado. ● Recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações clínicas ou imunológicas, que permaneceram no menos 24 horas na unidade hospitalar;
Método de Cálculo	Critério de Exclusão
Método de Cálculo	<ul style="list-style-type: none"> ● RN com imunodeficiência congênita ou adquirida; ● Apenas recém-nascidos que nasceram vivos e foram registrados como nascimentos válidos. ● RN com neoplasia maligna, em tratamento com corticosteróides em dose

Nome	Proporção de Recém-nascidos Elegíveis Vacinados com a Vacina BCG
Conceituação	<p>Crítérios de Exclusão</p> <p>Refere-se à porcentagem de recém-nascidos (RN) elegíveis que receberam a vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) em relação ao total de nascimentos ocorridos no período.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recém-nascidos de mulheres e outras pessoas com capacidade gestacional que utilizaram medicamentos que possam causar imunossupressão no feto durante a gestação;
Importância	<p>Este indicador está diretamente relacionado à proteção da saúde infantil e à prevenção de formas graves da tuberculose em crianças, como a tuberculose meníngea (afetando o sistema nervoso central) e a tuberculose miliar (forma disseminada da doença). Essas formas podem ser fatais ou deixar sequelas severas se não forem tratadas rapidamente. A proporção de recém-nascidos vacinados com a vacina BCG também serve como um indicador da cobertura vacinal de um país ou região. Uma alta proporção de recém-nascidos vacinados sugere que o sistema de saúde está conseguindo atingir a maior parte das crianças com as vacinas necessárias, especialmente em áreas onde a tuberculose é mais prevalente.</p>
Método de Cálculo	<p>Observação 01:</p> <p>Número de Numerador x 100</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A vacina BCG está contraindicada em recém-nascidos com peso inferior a 2 kg. Nesses casos, a vacinação deve ser adiada até que o bebê atinja peso igual ou superior a 2 kg.
Definição	<p>a) Numerador: Número de recém-nascidos elegíveis vacinados com BCG (é a quantidade de recém-nascidos que receberam a vacina BCG no período).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A BCG deve ser aplicada nas primeiras horas de vida, preferencialmente nas primeiras 12 horas, sempre que possível. <p>b) Denominador: Número de recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações e que permaneceram por pelo menos 24h na unidade.</p> <p>Observação 02:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos deverão ser vacinados somente após o tratamento da infecção latente da tuberculose ou da quimioprofilaxia. <p>Crítério de Inclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações clínicas ou imunológicas, ● Usuários infectados pelo HIV precisam de proteção especial contra as doenças que permaneceram ao menos 24 horas na unidade hospitalar; imunopreveníveis, mas é necessário avaliar cada caso, considerando-se que há grande heterogeneidade de situações, desde o soropositivo (portador assintomático) até o imunodeprimido, com a doença instalada. <p>Crítérios de Exclusão</p> <p>Observação 03:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recém-nascidos de mulheres e outras pessoas com capacidade gestacional que utilizaram ● Recém-nascidos que necessitam receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados - não vacine com vacinas de agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e ● Recém-nascidos imunocomprometidos, como aqueles infectados pelo HIV; até 90 dias após o uso daqueles produtos. ● Prematuros com menos de 2 kg de peso; ● Recém-nascidos que apresentam doença febril grave - não vacine até a resolução do quadro, para que os sinais e sintomas da doença não sejam atribuídos ou confundidos ● Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida; com possíveis eventos adversos relacionados à vacina. ● Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; <p>SITUAÇÕES ESPECIAIS:</p> <p>● Em caso de emergência (epidemia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida.</p> <p>São situações que devem ser avaliadas em suas particularidades para a indicação ou não da vacinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Usuários que fazem uso de terapia com corticosteróides devem ser vacinados com intervalo de, pelo menos, três meses após a suspensão da droga. <p>Observação 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A vacina BCG está contraindicada em recém-nascidos com peso inferior a 2 kg. Nesses casos, a vacinação deve ser adiada até que o bebê atinja peso igual ou superior a 2 kg. <p>NOTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A BCG deve ser aplicada nas primeiras horas de vida, preferencialmente nas primeiras 12 horas, sempre que possível. ● É considerada imunossupressora a dose superior a 2 mg/kg/dia de prednisona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/kg/dia para adultos por tempo superior a 14 dias. <p>Observação 02:</p>

Nome	<ul style="list-style-type: none"> ● Doses inferiores às citadas, mesmo por período prolongado, não constituem contraindicação.
Conceituação	<p>Refere-se à porcentagem de recém-nascidos (RN) elegíveis que receberam a vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) em relação ao total de nascimentos ocorridos no período.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● O uso de corticoides por via inalatória ou tópicos ou em esquemas de altas doses em curta duração (menor do que 14 dias) não constitui contraindicação de vacinação.
Importância	<p>Este indicador está diretamente relacionado à proteção da saúde infantil e à prevenção de formas graves de tuberculose em crianças, como a tuberculose meníngea (afetando o sistema nervoso central).</p> <p>Observação 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Registro de contraindicação temporária ou definitiva das formas, por no mínimo 24 horas, sempre deve ser devidamente registrado no prontuário do paciente. ● A proporção de recém-nascidos vacinados com a vacina BCG é avaliada mensalmente pelo indicador de cobertura vacinal em nível nacional e em regiões com alta proporção de recém-nascidos vacinados, que é utilizada para a avaliação da qualidade da atenção primária de saúde e para a identificação de áreas onde a cobertura é mais precária. <p>Atenção à Saúde (SIMAS), assegurando a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento da Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação vigente.</p>
Método de Cálculo	$\frac{\text{Numerador}}{\text{denominador}} \times 100$
Referência	<p>a) Numerador: Número de recém-nascidos elegíveis vacinados com BCG (é a quantidade de recém-nascidos que receberam a vacina BCG no período).</p> <p>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2024. Vacina BCG, [S. l.], p. 1-18, 1 jan. 2024.</p> <p>b) Denominador: Número de recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações e que permaneceram por pelo menos 24h na unidade.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. <i>Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação</i>. 1. ed. — Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p. ISBN 978-85-334-2164-6. Disponível em: https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 04 jul. 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações clínicas ou microbiológicas, que permaneceram ao menos 24 horas na unidade hospitalar; ● Apenas recém-nascidos que nasceram vivos e foram registrados como nascimentos válidos. <p>Critérios de Exclusão</p> <p>INDICADORES RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ● medicamentos que possam causar imunossupressão no feto durante a gestação; ● Recém-nascidos imunocomprometidos, como aqueles infectados pelo HIV;

3.17. ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO DE LEITOS

Nome	<ul style="list-style-type: none"> ● Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos; <p>Índice de Intervalo de Substituição de Leitos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida;
Conceituação	<p>Mensurar o tempo médio que o leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a ocupação por outro.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; ● Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;
Importância	<p>Este indicador é fundamental para avaliar a eficiência na gestão de leitos hospitalares, especialmente em contextos com alta demanda e recursos limitados. Altos valores podem indicar ineficiência na rotatividade de leitos, impactando negativamente o acesso de novos pacientes e a produtividade hospitalar. Já valores muito baixos, se não acompanhados de qualidade assistencial, podem sugerir pressão excessiva sobre os fluxos de internação e alta. Assim, o índice auxilia no equilíbrio entre eficiência operacional e segurança assistencial.</p> <p>Observação 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A vacina BCG está contraindicada em recém-nascidos com peso inferior a 2 kg. Nesses casos, a vacinação deve ser adiada até que o bebê atinja peso igual ou superior a 2 kg. ● A BCG deve ser aplicada nas primeiras horas de vida, preferencialmente nas primeiras 12 horas, sempre que possível.
Método de Cálculo	$\frac{\text{Numerador}}{\text{denominador}}$
	Observação 02:

Nome	a) Numerador - Taxa de desocupação x Média de permanência em dias Índice de Intervalo de Substituição de Leitos
Conceituação	Mensurar o tempo médio que o leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a ocupação por outro. b) Denominador - Taxa de ocupação hospitalar
Importância	Este indicador é fundamental para avaliar a eficiência na gestão de leitos hospitalares, especialmente em contextos com uma demanda de recursos limitada. Que valores podem indicar ineficiência na utilização de leitos, impactando negativamente o acesso de novos pacientes e a produtividade do hospital? ● Leitos efetivamente ocupados por pacientes, após sua liberação, que precisam ser avaliados quanto à sua utilização no cálculo do índice. ● Apenas leitos que estão sendo usados por pacientes em tratamento ativo e não leitos reservados para emergências, cirurgias de urgência e outras situações especiais, como isolamento. ● Leitos não vinculados à Central de Regulação, sob controle do próprio hospital.
Método de Cálculo	Numerador / denominador CrITÉRIOS DE EXCLUSÃO:
Definição	<ul style="list-style-type: none"> ● Leitos que estão temporariamente fora de operação (ex.: em reforma, manutenção ou bloqueados por qualquer motivo). <p>a) Numerador - Taxa de desocupação x Média de permanência em dias</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se o leito está ocupado por um paciente em observação que pode ser liberado rapidamente, isso pode não refletir a verdadeira ocupação a longo prazo, então esses leitos podem ser <p>b) Denominador - Taxa de ocupação hospitalar</p> <p>CrITÉRIOS DE INCLUSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Leitos que estão temporariamente fora de operação (ex.: em reforma, manutenção ou bloqueados por qualquer motivo). ● Se o leito está ocupado por um paciente em observação que pode ser liberado rapidamente, isso pode não refletir a verdadeira ocupação a longo prazo, então esses leitos podem ser ● Leitos efetivamente na capacidade de paciente, após sua liberação, que precisam ser avaliados quanto à sua utilização no cálculo do índice. ● Apenas leitos que estão sendo usados por pacientes em tratamento ativo, e não leitos reservados para emergências, cirurgias de urgência e outras situações especiais, como isolamento. ● Leitos hospitalares gerenciados pela Central de Regulação, ou situações especiais como isolamento. <p>Descrição das Fórmulas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Leitos não vinculados à Central de Regulação, sob controle do próprio hospital. <p>Fórmulas dos cálculos de Taxa de desocupação, Média de Permanência em dias e Taxa de Ocupação Hospitalar:</p> <p>Taxa de desocupação (%) = (Leito-dia Ocioso / Leito-Dia Disponível) x 100 Leito-Dia Ocioso = (Número de Leitos Existentes x Número de dias do período) - Total de Paciente-Dia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se o leito está ocupado por um paciente em observação que pode ser liberado rapidamente, Leito-Dia Disponível não refletir a verdadeira ocupação a longo prazo, então esses leitos podem ser <p>Média de Permanência Hospitalar:</p> <p>MPH = Total de pacientes-dia ÷ Número de saídas hospitalares</p> <p>Taxa de Ocupação Hospitalar para garantir que o cálculo da taxa de ocupação reflita a utilização efetiva de paciente-dia ÷ (Número de leitos existentes x Número de Dias do período)) x 100</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Leitos hospitalares gerenciados pela Central de Regulação. <p>Observação das Fórmulas: devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), os cálculos de Taxa de desocupação, Média de Permanência em dias (MPH), de Ocupação Hospitalar rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de</p> <p>Taxa de desocupação (%) = (Leito-dia Ocioso / Leito-Dia Disponível) x 100 Leito-Dia Ocioso = (Número de Leitos Existentes x Número de dias do período) - Total de Paciente-Dia</p> <p>Referência da meta:</p> <p>ANAHP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. <i>Observatório ANAHP.</i> 15. ed. São Paulo: ANAHP, 2024. Leito-Dia Disponível = Número de leitos existentes x Número de dias do período</p> <p>Média de Permanência Hospitalar: MPH = Total de pacientes-dia ÷ Número de saídas hospitalares.</p>

Nome	BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <i>Terminologia básica em saúde.</i> Centro de Documentação do Índice de Intervalo de Substituição de Leitos
Conceituação	Ministério da Saúde. [S. l.], p. 4-50, 1 jan. 1987. Mensurar o tempo médio que o leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a ocupação por outro. SECRETARIA DE SAÚDE, Hospital Geral Prado Valadares. Índice de Intervalo de Substituição
Importância	- IIS. Governo da Bahia, [S. l.], p. 1-1. ÍNDICE intervalo de substituição: Painel de Gestão à Vista. Este indicador é fundamental para avaliar a eficiência na gestão de leitos hospitalares, EBSERH , [S. l.], p. 1-3, 31 jul. 2021. especialmente em contextos com alta demanda e recursos limitados. Altos valores podem indicar ineficiência na produtividade hospitalar. Já valores muito baixos, se não acompanhados de qualidade assistencial, podem sugerir pressão excessiva sobre os fluxos de internação e alta. Assim, o índice auxilia no equilíbrio entre eficiência operacional e segurança assistencial.
Método de Nome Cálculo	3.18. TAXA DE REVISÃO DOS ÓBITOS INSTITUCIONAIS (>=24H) Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais (>=24h).
Conceituação	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. a) Numerador: Taxa de desocupação X Média de Permanência em Dias b) Denominador: Taxa de ocupação hospitalar Critérios de inclusão:
Importância	● Leitos efetivamente ocupados por pacientes, pois são esses que precisam ser avaliados O aludido indicador busca certificar que os óbitos foram revisados pela comissão de prontuários e quanto à sua utilização no cálculo do índice. análise de óbitos, apresentando maior qualidade ao processo ao qual o paciente foi submetido. ● Apenas leitos que estão sendo usados por pacientes em tratamento ativo, e não leitos reservados para emergências, cirurgias programadas, ou situações especiais como prestados dentro da instituição. Essa taxa refere-se à revisão e análise de óbitos que ocorrem após isolamento. 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. ● Leitos não vinculados à Central de Regulação, sob controle do próprio hospital.
Método de Cálculo	Critérios de Exclusão: Numerador/ denominador x 100 ● Leitos que estão temporariamente fora de operação (ex.: em reforma, manutenção ou bloqueados por qualquer motivo).
Definição	● Se o leito está ocupado por um paciente em observação que pode ser liberado rapidamente, isso pode não refletir a verdadeira ocupação a longo prazo, então esses leitos podem ser excluídos. ● Pacientes que estão na fase final de alta e que não irão ocupar o leito por mais de 24 horas podem ser excluídos, para garantir que o cálculo da taxa de ocupação reflita a utilização efetiva. ● Leitos hospitalares gerenciados pela Central de Regulação. Descrição das Fórmulas: Fórmulas dos cálculos de Taxa de desocupação, Média de Permanência em dias e Taxa de Ocupação Hospitalar: Taxa de desocupação (%) = (Leito-dia Ocioso / Leito-Dia Disponível) x 100 Leito-Dia Ocioso = (Número de Leitos Existentes x Número de dias do período) - Total de Paciente-Dia Leito-Dia Disponível = Número de leitos existentes x Número de dias do período Média de Permanência Hospitalar: MPH = Total de pacientes-dia ÷ Número de saídas hospitalares.

Nome	a) Numerador: Número de óbitos de pacientes que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da
Conceituação	admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais) revisados, no mês. 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 b) Denominador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da análise de óbitos, em um determinado mês, e o total de óbitos institucionais com 24 horas ou mais admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais), em um mês. 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. Críticos de Inclusão: ● Apenas óbitos ocorridos dentro da instituição.
Importância	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. Críticos de Exclusão: ● Óbitos com menos de 24h de internação; 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. Público-alvo: Pacientes internados em hospitais.
Método de Cálculo	Observação 01: 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. $\frac{\text{Numerador}}{\text{denominador}} \times 100$

Definição

Observação 02: A apresentação mensal de resultados deve incluir relatório total dos óbitos, detalhando quantos e quais destes foram revisados pela comissão de prontuário e análises de óbitos.

Observação 03: 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.

Observação 04: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo 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:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. E-EFT-02. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1-7.

3.19. PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNO INVESTIGADOS

a) Numerador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais) revisados, no mês.
b) Denominador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais), em um mês.
Críticos de Inclusão: ● Apenas óbitos ocorridos dentro da instituição.
Críticos de Exclusão: ● Óbitos com menos de 24h de internação;

Nome	Proporção de Óbitos Maternos Investigados.
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos maternos investigados no período, e o número de total de óbitos maternos no mesmo período.
Importância	A investigação dos óbitos maternos permite identificar se as mortes poderiam ter sido evitadas com uma melhor intervenção. Muitas mortes maternas são preveníveis com cuidados adequados durante a gestação, parto e pós-parto. Ao investigar cada caso, é possível identificar falhas no sistema de saúde.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<p>a) Numerador: Número de óbitos maternos investigados, no mês.</p> <p>Critério de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Todos os óbitos de mulheres e outras pessoas com capacidade gestacional, com idade entre 10 e 49 anos, cuja causa básica esteja classificada como óbito materno (CID-10: O00-O99) e que tenham sido devidamente investigados no mês de referência, conforme os protocolos vigentes. <p>Critérios de Exclusão: Não se aplica.</p> <p>b) Denominador: Total de falecimentos de mulheres e outras pessoas com capacidade gestacional por causas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto) no período analisado.</p> <p>Critério de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Incluem-se todos os óbitos que ocorreram durante a gestação, no parto ou até 42 dias após o parto (puerpério), sendo definidos como óbitos maternos de acordo com as normas internacionais. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Óbitos de mulheres e outras pessoas com capacidade gestacional que ocorreram após 42 dias do parto (não mais considerados óbitos maternos). <p>Observação 01: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo 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.</p> <p>Referência:</p> <p>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Série A. Normas e Manuais Técnicos. I., p. 5-83, 1 dez. 2009.</p>

3.20. PROPORÇÃO DE ÓBITOS FETAIS ANALISADOS

Nome	Proporção de Óbitos Fetais Analisados
Conceituação	Proporção da quantidade de óbitos fetais, que são analisados em relação ao total de óbitos fetais registrados em um determinado período.
Importância	A importância da Proporção de Óbitos Fetais Analisados, está diretamente relacionada à melhoria da saúde materno-infantil e à prevenção de mortes fetais futuras. A análise dessa proporção ajuda a entender melhor as causas dos óbitos e proporciona dados cruciais para a implementação de políticas públicas e a melhoria da qualidade do atendimento obstétrico.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<p>a) Numerador: Número de Óbitos Fetais Analisados - Refere-se à quantidade de óbitos fetais para os quais foi realizada uma investigação formal (como autópsia fetal, exames clínicos, etc.)</p> <p>b) Denominador: Número Total de Óbitos Fetais - É o total de óbitos fetais registrados no período, independentemente de terem sido ou não analisados.</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Óbito fetal ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias; ● Fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Óbitos fetais ocorridos antes da 22ª semana de gestação; ● Óbitos fetais de gestações múltiplas; ● Óbitos fetais por causas externas. <p>Descrição::</p> <p>Óbito fetal: É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais.</p> <p>Observação 01: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo 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.</p> <p>Referência:</p> <p>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Série A. Normas e Manuais Técnicos, [S. l.], p. 5-83, 1 jan. 2009.</p>

INDICADOR RELACIONADO À ATENÇÃO AO USUÁRIO

3.21. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Nome	Satisfação do Usuário.
Conceituação	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares com melhora clínica, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
Importância	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<p><u>Índice de Satisfação (90%):</u></p> <p>a) Numerador: Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.</p> <p>b) Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.</p> <p><u>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</u></p> <p>a) Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico e consultas ambulatoriais.</p> <p>b) Denominador: Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica + número de consultas ambulatoriais realizadas no mesmo período.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">● Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes). <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">● Pesquisas com respostas consideradas negativas. <p>Observações 01:</p> <ul style="list-style-type: none">● A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que utilizam os serviços da unidade constitui uma ferramenta essencial de gestão, permitindo identificar expectativas, detectar falhas e promover melhorias contínuas na qualidade do atendimento prestado.● Essa avaliação será realizada por meio de Pesquisa de Satisfação Padronizada, elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e aplicada pela CONTRATADA. Para tanto, a CONTRATADA deverá disponibilizar ao público um dispositivo com interface amigável e acessível, permitindo que o próprio usuário ou

Nome	Satisfação do Usuário.
Conceituação	acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente os sistemas informatizados utilizados. Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares com melhora clínica em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente após melhora do quadro realizados no período - conforme cálculo denominado como "Índice de realização de pesquisas relacionadas ao atendimento", abrangendo a aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade tanto os usuários que receberam atendimento quanto seus acompanhantes. A coleta de dados 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. O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10% dos atendimentos ambulatoriais e altas melhoradas) resultará na atribuição de pontuação zero ao indicador no Índice Global de Qualidade.
Importância	
Método de Cálculo	$\frac{\text{Número de pesquisas de satisfação com respostas positivas}}{\text{Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período}} \times 100$
	<p>Índice de Satisfação (90%) Para que a meta seja atingida, o indicador deverá ser igual ou superior a 90%. Número de pesquisas de satisfação para paciente com respostas positivas dividido pelo 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>b) Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período. Adicionalmente, o não envio das informações, a aplicação da pesquisa em formato distinto do previamente estabelecido, sem autorização formal da CONTRATANTE ou o não atingimento dos percentuais estabelecidos para o índice de Satisfação (90%) e para o índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%), impossibilitará a análise do indicador.</p> <p>a) Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico e consultas ambulatoriais. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como descumprimento da meta estabelecida.</p> <p>b) Denominador: Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica + número de consultas ambulatoriais realizadas no mesmo período.</p>

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco SES/PE Nome da OSS que		PESQUISA DE SATISFAÇÃO Sua opinião é muito importante		DATA: ____/____/____			
UNIDADE DE ATENDIMENTO:							
Critérios de Inclusão: ● Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes).							
Critérios de Exclusão: ● Pesquisas com respostas consideradas negativas.							
Qual sua opinião sobre o atendimento prestado, com relação aos itens listados abaixo?		Escolha mais próxima à sua opinião					
		OTIMO (5 pontos)	BOM (4 pontos)	REGULAR (3 pontos)	RUIM (2 pontos)	PESSIMO (1 ponto)	NÃO UTILIZEI
Observações 01:							
Instalações (Sala de Espera, Consultório)							
Limpeza Geral							
Atendimento na Recepção							
Tratamento da Segurança							
Atendimento do Médico							
Atendimento da Enfermagem							
Exames Realizados							
Definição							
Para perguntas cuja resposta seja "Não utilizei" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos							

● 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.

3.22. ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS

acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente os sistemas informatizados utilizados.

Nome Nome	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.
Conceituação Conceituação	Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período. Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período.
Importância Importância	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutiva e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas. O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutiva e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.
Método de Cálculo Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100 Numerador / denominador x 100
Definição Definição	<p>a) Numerador: Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período.</p> <p>b) Denominador: Número total de queixas recebidas no mesmo período.</p> <p>Critérios de inclusão: Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Período de análise compatível: apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual). ● Período de análise compatível: apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual). <p>Critérios de Exclusão: Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Não se aplica ● Não se aplica <p>Observações 01: Observações 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Para o Registro de Queixas a CONTRATADA deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela CONTRATADA para resolução das queixas registradas. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de ouvidoria. ● Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual deverá ser importada no referido sistema e transmitida à SES/PE mensalmente. ● As queixas, que devem ser apresentadas na íntegra, e o tratamento dado às mesmas serão apresentados à CTAI por meio do SIMAS, sendo que a referida comissão irá avaliar a qualidade do tratamento dado, aprovando ou não os encaminhamentos dados. ● A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de aceitação das respostas às queixas registradas. ● Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo 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. <p>Interpretações: Interpretações: CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão; CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão;</p>

	<p>SIMAS: Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais;</p> <p>Índice de aceitação das respostas às queixas registradas:</p> <p>Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente.</p>
<p>Nome</p>	<p>Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente.</p>
<p>Conceituação</p>	<p>Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que pode ser entendido como a resposta ou esclarecimento às problemáticas recebidas de maneira resolutive e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas previstas na Lei Estadual 16.420/2018.</p>
<p>Importância</p>	<p>O presente indicador tem finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas apresentadas, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018.</p>
<p>Método de Cálculo</p>	<p>A CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas às queixas registradas: Numerador / denominador x 100</p> <p>1. Pertinência da Resposta:</p>
<p>Definição</p>	<p>A resposta deve abordar de forma direta e clara o conteúdo da queixa registrada.</p> <p>a) Numerador: Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno Deve demonstrar entendimento correto da demanda apresentada pelo autor da queixa.</p> <p>2. Adequação da Solução Apresentada</p> <p>A providência adotada pela CONTRATADA deve ser compatível com a natureza, gravidade e impacto da queixa.</p> <p>b) Denominador: Número total de queixas recebidas no mesmo período.</p> <p>Em situações cuja solução não seja imediata ou definitiva, deve ser justificado o encaminhamento para ações futuras ou medidas corretivas em andamento.</p> <p>3. Cumprimento dos Prazos</p> <p>de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual).</p> <p>A resposta à queixa deve ter sido registrada e encaminhada ao autor no prazo estabelecido pela Lei Estadual 16.420/2018 (20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos mediante justificativa registrada).</p> <p>4. Clareza e Linguagem Adequada</p> <p>Observações 01:</p> <p>A resposta deve ser redigida de forma compreensível, respeitosa e acessível ao perfil do autor da queixa.</p> <p>● Para o Registro de Queixas a CONTRATADA deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela CONTRATADA para resolução das queixas registradas. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de ouvidoria, comunicações internas, notificações de ações corretivas).</p> <p>● 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.</p> <p>● 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.</p> <p>Referências:</p> <p>BRADIA. Meta anual/indicador de 2023 por taxa de 80,0% que consista na aceitação das respostas às queixas registradas. Acesso em: 7 jul. 2025.</p> <p>BRASILEIRA. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Programa de Saúde (PS) da Operadora anexada à transmissão do Sistema de Monitoramento de Atenção à Saúde (SIMAS). Disponível em: https://www.ans.gov.br/arquivos/ps/ps-forma-de-tratamento-e-resolucao-das-queixas-e-o-servico-do-programa-de-qualidade-da-operadora-analisadas-0708-pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.</p> <p>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.</p> <p>CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão;</p>

INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA

3.23. QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA

Nome	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.
Conceituação	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
Importância	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
Método de Cálculo	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.
	<p>Observação 01:</p> <ul style="list-style-type: none">● A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir as informações no Portal de Transparência e encaminhar relatório contendo tais inserções, subsequente à prestação do serviço.● A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, com base na normativa pertinente à matéria. As informações citadas devem ser inseridas em seu portal da transparência, com a periodicidade instituída em lei. Insta destacar que embora a postagem das informações de transparência em sítio eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral. <p>Observação 02:</p> <ul style="list-style-type: none">● A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES. <p>Referências:</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 68, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 117, de 15 de dezembro de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 154, de 15 de dezembro de 2021. Recife: TCE/PE, 2021.</p>

Nome	BRASIL. Lei nº 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.																																																											
Conceituação	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.																																																											
Importância	MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil). Recomendação n.º 07/2017. IC n.º 1.26.000.000983/2017-79. Brasília, DF, 2017. O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para PERNAMBUCO . Secretaria da Controladoria-Geral do Estado; Secretaria de Saúde. <i>Caderno de Transparência das Organizações Sociais de Saúde</i> . Recife: SCGE/SES-PE, [s.d.].																																																											
Método de Cálculo	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SEC/SES																																																											
Definição	<p>Observação 01:</p> <p>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.</p> <p>● 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. Instã destacar que embora a postagem das informações de transparência em sítio eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral.</p> <p>Observação 02:</p> <p>● 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/SEC/SES.</p> <p>Referências:</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 68, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 117, de 15 de dezembro de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 154, de 15 de dezembro de 2021. Recife: TCE/PE, 2021.</p> <p>BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. <i>Diário Oficial da União</i>: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011.</p> <p>MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil). Recomendação n.º 07/2017. IC n.º 1.26.000.000983/2017-79. Brasília, DF, 2017.</p> <p>PERNAMBUCO. Secretaria da Controladoria-Geral do Estado; Secretaria de Saúde. <i>Caderno de Transparência das Organizações Sociais de Saúde</i>. Recife: SCGE/SES-PE. [s.d.].</p>																																																											
																																																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UNIDADE</th> <th>OBS:</th> <th>DATA:</th> </tr> <tr> <th>TRIMESTRE:</th> <th>AVALIADOR:</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. INSTITUCIONAL</td> <td>1. Nome da OSS de vinculação 2. Nome do Portal de Transparência 3. Apresentação da entidade 4. Nome da unidade de saúde 5. Endereço 6. Telefone 7. Horário de atendimento</td> <td>Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado</td> </tr> <tr> <td>2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL</td> <td>1. Regimento Interno</td> <td>Atualizado</td> </tr> <tr> <td>3. MEMBROS DIRIGENTES</td> <td>1. Membros do Órgão deliberativo 2. Membros do Órgão fiscal</td> <td>Atualizado Atualizado</td> </tr> <tr> <td>4. COMPETÊNCIAS</td> <td>1. Legislação 2. Matriz de Competências</td> <td>Atualizado Atualizado</td> </tr> <tr> <td>5. CONTRATO DE GESTÃO</td> <td>1. Contrato de Gestão 2. Termo Aditivo</td> <td>Atualizado Atualizado</td> </tr> <tr> <td>6. DECRETO DE LICITAÇÃO</td> <td>1. Contrato de Licitação 2. Decreto de renovação de filiação</td> <td>Atualizado Atualizado</td> </tr> <tr> <td>7. ESTATUTO SOCIAL</td> <td>1. Estatuto Social 2. Atas do Estatuto Social</td> <td>Atualizado Atualizado</td> </tr> <tr> <td>8. DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE</td> <td>1. CNPJ 2. Fazenda Pública 3. Seguridade Social 4. FGTS 5. Justiça do Trabalho 6. Qualificação Técnica</td> <td>Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado</td> </tr> <tr> <td>9. RELATÓRIO FINANCEIRO E DE EXECUÇÃO</td> <td>1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato</td> <td>Atualizado</td> </tr> <tr> <td>10. DEMONSTRATIVOS FINANCEIROS</td> <td>1. Demonstrativos Financeiros</td> <td>Atualizado</td> </tr> <tr> <td>11. RELATÓRIO ASSISTENCIAL</td> <td>1. Relatório Assistencial Anual Consolidado</td> <td>Atualizado</td> </tr> <tr> <td>12. DEMONSTRATIVOS DE PLANEJAMENTO</td> <td>1. Plano de Trabalho 2. Planilhas</td> <td>Atualizado Atualizado</td> </tr> <tr> <td>13. REPAROS E RECEBIDOS</td> <td>1. Repasses recebidos e descontos</td> <td>Atualizado</td> </tr> <tr> <td>14. CONTRATAÇÕES</td> <td>1. Regulamentos 2. Cotações 3. Contratos 3.1 Obras 3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica 3.2 Contratos - aquisição de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica 3.3 Aquisição de Bens 3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica</td> <td>Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado</td> </tr> <tr> <td>15. RECURSOS HUMANOS</td> <td>1. Regulamento para recrutamento de pessoal 2. Servidores públicos cedido</td> <td>Atualizado Atualizado</td> </tr> <tr> <td>16. SERVIÇOS PÚBLICOS</td> <td>1. Atendimento Estabelecido</td> <td>Atualizado</td> </tr> <tr> <td>17. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - SIC</td> <td>1. Atendimento Presencial 2. Atendimento - PDI</td> <td>Atualizado Atualizado</td> </tr> </tbody> </table>			UNIDADE	OBS:	DATA:	TRIMESTRE:	AVALIADOR:		1. INSTITUCIONAL	1. Nome da OSS de vinculação 2. Nome do Portal de Transparência 3. Apresentação da entidade 4. Nome da unidade de saúde 5. Endereço 6. Telefone 7. Horário de atendimento	Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado	2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	1. Regimento Interno	Atualizado	3. MEMBROS DIRIGENTES	1. Membros do Órgão deliberativo 2. Membros do Órgão fiscal	Atualizado Atualizado	4. COMPETÊNCIAS	1. Legislação 2. Matriz de Competências	Atualizado Atualizado	5. CONTRATO DE GESTÃO	1. Contrato de Gestão 2. Termo Aditivo	Atualizado Atualizado	6. DECRETO DE LICITAÇÃO	1. Contrato de Licitação 2. Decreto de renovação de filiação	Atualizado Atualizado	7. ESTATUTO SOCIAL	1. Estatuto Social 2. Atas do Estatuto Social	Atualizado Atualizado	8. DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE	1. CNPJ 2. Fazenda Pública 3. Seguridade Social 4. FGTS 5. Justiça do Trabalho 6. Qualificação Técnica	Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado	9. RELATÓRIO FINANCEIRO E DE EXECUÇÃO	1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato	Atualizado	10. DEMONSTRATIVOS FINANCEIROS	1. Demonstrativos Financeiros	Atualizado	11. RELATÓRIO ASSISTENCIAL	1. Relatório Assistencial Anual Consolidado	Atualizado	12. DEMONSTRATIVOS DE PLANEJAMENTO	1. Plano de Trabalho 2. Planilhas	Atualizado Atualizado	13. REPAROS E RECEBIDOS	1. Repasses recebidos e descontos	Atualizado	14. CONTRATAÇÕES	1. Regulamentos 2. Cotações 3. Contratos 3.1 Obras 3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica 3.2 Contratos - aquisição de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica 3.3 Aquisição de Bens 3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado	15. RECURSOS HUMANOS	1. Regulamento para recrutamento de pessoal 2. Servidores públicos cedido	Atualizado Atualizado	16. SERVIÇOS PÚBLICOS	1. Atendimento Estabelecido	Atualizado	17. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - SIC	1. Atendimento Presencial 2. Atendimento - PDI	Atualizado Atualizado
UNIDADE	OBS:	DATA:																																																										
TRIMESTRE:	AVALIADOR:																																																											
1. INSTITUCIONAL	1. Nome da OSS de vinculação 2. Nome do Portal de Transparência 3. Apresentação da entidade 4. Nome da unidade de saúde 5. Endereço 6. Telefone 7. Horário de atendimento	Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado																																																										
2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	1. Regimento Interno	Atualizado																																																										
3. MEMBROS DIRIGENTES	1. Membros do Órgão deliberativo 2. Membros do Órgão fiscal	Atualizado Atualizado																																																										
4. COMPETÊNCIAS	1. Legislação 2. Matriz de Competências	Atualizado Atualizado																																																										
5. CONTRATO DE GESTÃO	1. Contrato de Gestão 2. Termo Aditivo	Atualizado Atualizado																																																										
6. DECRETO DE LICITAÇÃO	1. Contrato de Licitação 2. Decreto de renovação de filiação	Atualizado Atualizado																																																										
7. ESTATUTO SOCIAL	1. Estatuto Social 2. Atas do Estatuto Social	Atualizado Atualizado																																																										
8. DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE	1. CNPJ 2. Fazenda Pública 3. Seguridade Social 4. FGTS 5. Justiça do Trabalho 6. Qualificação Técnica	Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado																																																										
9. RELATÓRIO FINANCEIRO E DE EXECUÇÃO	1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato	Atualizado																																																										
10. DEMONSTRATIVOS FINANCEIROS	1. Demonstrativos Financeiros	Atualizado																																																										
11. RELATÓRIO ASSISTENCIAL	1. Relatório Assistencial Anual Consolidado	Atualizado																																																										
12. DEMONSTRATIVOS DE PLANEJAMENTO	1. Plano de Trabalho 2. Planilhas	Atualizado Atualizado																																																										
13. REPAROS E RECEBIDOS	1. Repasses recebidos e descontos	Atualizado																																																										
14. CONTRATAÇÕES	1. Regulamentos 2. Cotações 3. Contratos 3.1 Obras 3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica 3.2 Contratos - aquisição de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica 3.3 Aquisição de Bens 3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado Atualizado																																																										
15. RECURSOS HUMANOS	1. Regulamento para recrutamento de pessoal 2. Servidores públicos cedido	Atualizado Atualizado																																																										
16. SERVIÇOS PÚBLICOS	1. Atendimento Estabelecido	Atualizado																																																										
17. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - SIC	1. Atendimento Presencial 2. Atendimento - PDI	Atualizado Atualizado																																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PONTUAÇÃO</th> <th colspan="2">LEGENDA</th> </tr> <tr> <th>Nr</th> <th>NÍVEL DE INTERVALO %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>02</td> <td>MODERADO 75,01% - 99,99%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>03</td> <td>INTERMEDIÁRIO 50,01% - 75,00%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>04</td> <td>INSUFICIENTE 25,01% - 50,00%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>05</td> <td>CRÍTICO 0,00% - 25,00%</td> </tr> </tbody> </table>			PONTUAÇÃO	LEGENDA		Nr	NÍVEL DE INTERVALO %	0	02	MODERADO 75,01% - 99,99%	0	03	INTERMEDIÁRIO 50,01% - 75,00%	0	04	INSUFICIENTE 25,01% - 50,00%	0	05	CRÍTICO 0,00% - 25,00%																																								
PONTUAÇÃO	LEGENDA																																																											
	Nr	NÍVEL DE INTERVALO %																																																										
0	02	MODERADO 75,01% - 99,99%																																																										
0	03	INTERMEDIÁRIO 50,01% - 75,00%																																																										
0	04	INSUFICIENTE 25,01% - 50,00%																																																										
0	05	CRÍTICO 0,00% - 25,00%																																																										
	<table border="1"> <tr> <td>ASSINATURA</td> <td>NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA:</td> <td>100,00%</td> <td>DESEJADO</td> </tr> </table>			ASSINATURA	NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA:	100,00%	DESEJADO																																																					
ASSINATURA	NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA:	100,00%	DESEJADO																																																									

Nome	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.
Conceituação	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
Importância	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
Método de Cálculo	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.
	<p>Observação 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir em seu portal de transparência, em sua página relativa, conteúdos e inserções, subsequente à prestação do serviço. <p>INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE</p> <p>3.24. TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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

Nome	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente instituída em lei. Insta destacar que embora a postagem das informações de
Conceituação	Relação de transparência em posição de transparência e de transparência, qualidade e de atividades de educação permanente previstas para o mesmo período.
Importância	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela CONTRATADA está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade de transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100 Referências:

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 68, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 117, de 15 de dezembro de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 154, de 15 de dezembro de 2021. Recife: TCE/PE, 2021.

BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil). Recomendação n.º 07/2017. IC n.º 1.26.000.000983/2017-79. Brasília, DF, 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria da Controladoria-Geral do Estado; Secretaria de Saúde. *Caderno de Transparência das Organizações Sociais de Saúde*. Recife: SCGE/SES-PE. [s.d.l].

Nome	a) Numerador: Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente. 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.
Conceituação	b) Denominador: Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período.
Importância	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado conforme estabelecido no plano de educação permanente. pela CONTRATADA está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais Critérios de inclusão mitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade. ● Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado.
Método de Cálculo	treinamentos, workshops, palestras e etc; Numerador / denominador x 100 ● Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado.

Critérios de Exclusão:

- Atividades educacionais realizadas fora do período analisado;

Observação:

Não serão consideradas, para fins de apuração deste indicador, as atividades classificadas como **educação em saúde**, entendidas como ações educativas voltadas aos usuários, familiares ou comunidade, tais como palestras, orientações coletivas ou campanhas educativas, por não se caracterizarem como atividades de **educação permanente destinadas à qualificação dos profissionais de saúde**.

Interpretações:

Definição

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.

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) **Numerador:** Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente.

b) **Denominador:** Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente.
BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo.* São Paulo: Hucitec, 2002.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de uma política destinada a mudança do modelo técnico-assistencial. In: **MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.;**

RIMOLI, J.; FRANCO, T. B. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

Critérios de Exclusão:
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS - SES-AM. Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf>.

● Atividades educacionais realizadas fora do período analisado;
Observação:

Acesso em: 7 jul. 2025.
Não serão consideradas, para fins de apuração deste indicador, as atividades classificadas como **educação em saúde** entendidas como ações educativas voltadas aos usuários, familiares ou

INDICADORES DE QUALIDADE - VALORAÇÃO FINANCEIRA

1. CONFORMIDADE DO ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES, PUÉRPERAS E CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS NO PROGRAMA COLO DE MÃE.

Nome	Conformidade do Acompanhamento de Gestantes, Puérperas e Crianças até 2 anos no Programa Colo de Mãe
Conceituação	Refere-se ao monitoramento das ações desenvolvidas no âmbito do Programa Colo de Mãe , voltadas ao acompanhamento de gestantes, puérperas e crianças até 2 (dois) anos de idade, com o objetivo de fortalecer a continuidade do cuidado materno-infantil, promover a vinculação entre os serviços de saúde, as famílias e o território, bem como qualificar a assistência prestada.
Importância	<p>A mensuração da Conformidade do Acompanhamento de Gestantes, Puérperas e Crianças até 2 anos no Programa Colo de Mãe é fundamental para monitorar a qualidade e a continuidade do cuidado materno-infantil, assegurando que as ações previstas pelo programa estejam sendo efetivamente realizadas.</p> <p>Esse indicador permite acompanhar o desenvolvimento de atividades voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do vínculo entre os serviços de saúde, as gestantes, puérperas, crianças e suas famílias. Além disso, contribui para a organização do cuidado em rede, favorecendo a identificação precoce de riscos e a adoção de intervenções oportunas durante o período gestacional, puerperal e na primeira infância.</p> <p>Adicionalmente, o monitoramento do indicador fortalece os processos de gestão e avaliação das ações assistenciais, permitindo maior transparência, acompanhamento sistemático das atividades desenvolvidas no âmbito do programa e apoio à tomada de decisão para qualificação da atenção materno-infantil.</p>
Método de Cálculo	Não se aplica

Nome	Conformidade do Acompanhamento de Gestantes, Puérperas e Crianças até 2 anos no Programa Observação : O indicador busca demonstrar a realização das atividades de acompanhamento Colo de Mãe
Conceituação	previstas pelo programa, considerando ações de orientação, monitoramento e apoio às gestantes, Refere-se ao monitoramento das ações desenvolvidas no âmbito do puérperas e crianças, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção de agravos e Programa Colo de Mãe , voltadas ao acompanhamento de gestantes, fortalecimento do cuidado integral no período gestacional, puerperal e na primeira infância. puérperas e crianças até 2 (dois) anos de idade, com o objetivo de fortalecer a continuidade do cuidado materno-infantil, promover a vinculação entre os serviços de saúde, as famílias e o território, bem como Programa Colo de Mãe , contendo a descrição das atividades desenvolvidas, registros das ações realizadas e demais informações que evidenciem a execução das estratégias previstas no
Definições	programa. A mensuração da Conformidade do Acompanhamento de Gestantes, Puérperas e Crianças até 2 anos no Programa Colo de Mãe é fundamental para monitorar a qualidade e a continuidade do cuidado materno-infantil, assegurando que as ações previstas pelo programa estejam sendo efetivamente realizadas. Este indicador permite acompanhar o desenvolvimento de atividades voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do vínculo entre os serviços de saúde, as gestantes, puérperas, crianças e suas famílias. Além disso, contribui para a organização do cuidado em rede, favorecendo a identificação precoce de riscos e a adoção de intervenções oportunas durante o período gestacional, puerperal e na primeira infância. Este indicador fortalece o vínculo entre os serviços de saúde, a família e o território, por meio de ações de acompanhamento, orientação e monitoramento das condições de saúde durante a gestação, no período pós-parto e nos primeiros anos de vida da criança. Essas ações contribuem para a melhoria da qualidade da assistência, para o desenvolvimento saudável da criança e para a transparência, acompanhamento sistemático das atividades desenvolvidas no âmbito do programa e apoio à tomada de decisão para qualificação da atenção materno-infantil. Além disso, o programa está alinhado às políticas públicas voltadas à proteção da primeira infância e ao cuidado integral da gestante e da criança , promovendo ações intersetoriais
Método de Cálculo	que favoreçam melhores condições de saúde e qualidade de vida para mães e filhos. Programas dessa natureza têm como objetivo ampliar o cuidado desde a gestação até os primeiros anos de vida, período considerado fundamental para o desenvolvimento humano.

Referências:

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria Geral de Linhas e Cuidados Assistenciais - Materno Infantil. **Nota Técnica nº 6/2026: Justificativa para criação da função de Coordenação do Programa Colo de Mãe no Hospital da Mulher do Agreste (HMA).**





PERNAMBUCO. Lei nº 19.133, de 23 de dezembro de 2025. Institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Materno Infantil no Estado de Pernambuco e adota o Programa Colo de Mãe como estratégia de sua implementação.

Observação : O indicador busca demonstrar a realização das atividades de acompanhamento previstas pelo programa, considerando ações de orientação, monitoramento e apoio às gestantes,

2 . PROPORÇÃO DE MULHERES COM ACOMPANHANTE DURANTE TODO O PROCESSO

ASSISTENCIAL AO PARTO (PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO)

Nome	Proporção de mulheres com acompanhante durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)
Conceituação	Proporção de parturientes que estiveram acompanhadas por pessoa de sua livre escolha durante os três períodos do processo de parto: pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme direito garantido pela Lei nº 11.108/2005.
Importância	<p>Permite estimar a medida em que o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto é garantido. O fato da mulher poder contar com a presença do acompanhante de livre escolha durante o parto pode contribuir para maior segurança, proteção e apoio afetivo neste momento. A presença do acompanhante é identificada na literatura como boa prática, humanizadora do processo de parturição, recomendada a todas as gestantes.</p> <p>Trata-se de uma prática recomendada pela literatura e garantida por lei no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005).</p>
Meta	100% das mulheres acompanhadas no processo assistencial ao parto.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
	<p>a) Numerador - Número de mulheres que tiveram acompanhante presente em todos os três períodos: pré-parto, parto e pós-parto imediato (primeiras 2 horas após o parto).</p> <p>b) Denominador - Total de partos realizados (vaginais e cesáreos) no período de análise.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Todos os partos, cesáreos e normais. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nascimentos que ocorram fora do hospital; <p>Observações 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Em conformidade com a Lei Federal nº 11.108/2005, que garante à gestante o direito de ser acompanhada por pessoa de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, informa-se que deverá ser elaborado um relatório que comprove o cumprimento desse direito no âmbito da unidade hospitalar. <p>Identificação da Gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nome completo anonimizado ● Data de nascimento ● Número do prontuário hospitalar ● Data e hora da admissão na maternidade

<p>Nome Definição</p>	<p>Identificação do Acompanhante</p> <p>Proporção de mulheres com acompanhante durante <i>todo</i> o processo assistencial do parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nome completo anonimizado 	
<p>Conceituação</p>	<p>Períodos de Acompanhamento</p> <p>Proporção de parturientes que estiveram acompanhadas por pessoa de sua livre escolha durante os três períodos do processo de parto: pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme direito garantido pela Lei nº 11.108/2005.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Trabalho de parto 	
<p>Importância</p>	<p>Permite estimar a medida em que o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato (primeiras 2 horas após o parto) do acompanhante de livre escolha durante o parto pode contribuir para maior segurança, proteção e apoio afetivo neste momento. A presença do acompanhante é identificada na literatura como boa prática, humanizadora do processo de parturição, recomendada a todas as gestantes.</p> <p>Observação 02:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quando a gestante não indicar ou não tiver acompanhante disponível a CONTRATADA deverá designar um profissional da equipe assistencial (preferencialmente do sexo feminino, quando possível) para permanecer com a gestante, assegurando apoio contínuo, emocional e físico durante todo o processo. 	
<p>Meta</p>	<p>100% das mulheres acompanhadas no processo assistencial ao parto.</p>	
<p>Método de Cálculo</p>	<p>Observação 03</p> <p>Numeração de mulheres acompanhadas e enviar os dados, até o 20º dia do mês subsequente ao da produção, por meio do SIMAS ou outra solução tecnológica definida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), respeitando os prazos e formatos estabelecidos pela contratante.</p>	
<p>Referências</p>	<p>a) Numerador - Número de mulheres que tiveram acompanhante presente em todos os três períodos: pré-parto, parto e pós-parto imediato (primeiras 2 horas após o parto).</p> <p>b) Denominador - Total de partos realizados (vaginais e cesáreos) no período em análise.</p> <p>Referências:</p> <p>BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. <i>Diário Oficial da União: seção 1</i>, 8 abr. 2005.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nascimentos que ocorram fora do hospital; 	
	<p>Observações 01:</p> <p>Documento assinado eletronicamente por Henrique Figueira Vidon, em 17:58, conforme horário oficial de Brasília, em 15/04/2026, no art. 1º da Lei nº 11.108/2005, que garante a gestante o direito de ser acompanhada por pessoa de sua livre</p>	<p>15/04/2026, às 17:58, conforme horário oficial de Brasília, em 15/04/2026, no art. 1º da Lei nº 11.108/2005, que garante a gestante o direito de ser acompanhada por pessoa de sua livre</p> <p>Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.</p>
	<p>escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.</p> <p>Documento assinado eletronicamente por Isabela Cristina Coutinho de Albuquerque Neiva Coelho, em 16/04/2026 às 11:59, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.</p> <p>Informa-se que deverá ser elaborado um relatório que comprove o cumprimento desse direito no âmbito da unidade hospitalar.</p>	<p>Isabela Cristina Coutinho de Albuquerque Neiva Coelho, em 16/04/2026 às 11:59, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.</p>
	<p>Documento assinado eletronicamente por Zilda do Rego Cavalcanti, em 16/04/2026 às 11:59, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nome completo anonimizado 	<p>16/04/2026, às 11:59, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.</p>
	<p>● Data de nascimento</p> <p>A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externa.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 84593192 e o código CRC 0388ED1C.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Data e hora da admissão na maternidade 	<p>informando o código verificador 84593192 e o código CRC 0388ED1C.</p>
<p>Definição</p>	<p>Identificação do Acompanhante</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nome completo anonimizado 	

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

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