



**CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 003/2026 QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE PERNAMBUCO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES/PE, E O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO, QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA.**

Pelo presente instrumento, de um lado o **ESTADO DE PERNAMBUCO**, por intermédio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – SES**, com sede na Rua Vinte e Quatro de Agosto, nº 209, Santo Amaro, Recife/PE, CEP 50040-190, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, neste ato representada por sua Secretária, Dra. **ZILDA DO REGO CAVALCANTI**, nomeada pelo Ato 024, publicado no Diário Oficial do Estado em 02/01/2023, residente e domiciliada nesta cidade do Recife, doravante denominada **CONTRATANTE**, e, de outro lado a Organização Social de Saúde **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.583.920/0001-33, com endereço na Rua Farias Neves Sobrinho, nº 232, Bairro Novo, Olinda/PE, CEP 53.120-420, neste ato representado por **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista as disposições da Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013, do Decreto nº 58.200, de 26.02.2025, e considerando o Parecer nº 0579/2025 (id. 86584759) da Procuradoria Geral do Estado de Pernambuco, tudo de conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, mediante as cláusulas e condições seguintes:

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

1.1. O presente instrumento tem por objeto a contratação emergencial, por meio de dispensa de seleção pública, de entidade de direito privado sem fins econômicos, qualificada como Organização Social de Saúde (OSS) no âmbito do Estado de Pernambuco, para o gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, de domingo a sábado, no Hospital Central de Paulista, localizado na Avenida Rodolfo Aureliano, nº 976, no bairro Vila Torres Galvão, no município de Paulista/PE, enquanto não for concluído processo ordinário de Seleção Pública, para o enfrentamento de criticidade na Rede de Atenção à Saúde, conforme as condições, especificações, quantidades e exigências contidas na Nota Técnica nº 75 (85255879), da Diretoria Geral de Linhas de Cuidado Assistenciais, e o Termo de Referência.

**Parágrafo Único.** É parte integrante deste Contrato:

- a) Anexo Técnico I – Descrição e Características dos Serviços Contratados
- b) Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento
- c) Anexo Técnico III – Manual de Indicadores e Metas
- d) Anexo A - Inventário de Bens e Imóveis Disponibilizados ao Contratada
- e) Anexo B - Regulamento para a Contratação de Obras e Serviços e para Aquisição de Bens com Recursos Públicos da OSS
- f) Anexo C - Normas de Recrutamento e Seleção de Pessoal, bem com o Plano de Cargos, Salários e Benefícios da OSS
- g) Anexo D - Proposta de Trabalho apresentada pela Contratada
- h) Anexo E - Relação de Recursos Humanos a ser cedido pela Contratante para execução do Contrato de Gestão

#### **CLÁUSULA SEGUNDA - DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS**

2.1. Os bens móveis descritos no Anexo A, bem como o imóvel de propriedade do Estado de Pernambuco referente ao **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**, têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente Contrato, nos termos do art. 23 da Lei nº 15.210/2013, e suas alterações.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

##### **3.1 DA CONTRATADA**

São obrigações da CONTRATADA:

3.1.1. Assegurar a organização, administração, operacionalização e gerenciamento dos serviços de saúde no **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**, objeto deste Contrato de Gestão, através de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos necessários à garantia do pleno funcionamento do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**;

3.1.2. Garantir, nas 24 horas/dia, de domingo a sábado, em exercício no **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**, quadro de recursos humanos, próprio e contratado, qualificado e compatível com o porte da unidade e serviços contratados, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à matéria, estando definido como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa;

3.1.3. Adotar identificação especial (crachá) e fardamento de boa qualidade para todos os seus empregados, assim como assegurar a sua frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

3.1.4. Incluir, na implantação da imagem corporativa e dos uniformes dos trabalhadores, o logotipo da SES e do SUS, como também em todos os instrumentos de comunicação visual, impressos, sítios eletrônicos, redes sociais, fardamentos, enxoval, crachás dos empregados, na forma estabelecida pela CONTRATANTE;

3.1.5. Proceder à aquisição dos instrumentais necessários à realização dos procedimentos ofertados no **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**, condicionada ao limite dos gastos estabelecidos a título de investimento, em consonância com as metas CONTRATADAS, e mediante aprovação da CONTRATANTE;

3.1.6. Responder pelos salários, obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados utilizados na execução dos serviços ora contratados, inclusive sendo-lhe defeso invocar a existência deste Contrato para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à CONTRATANTE;

3.1.7. Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste Contrato de Gestão, disponibilizando suas informações para inclusão no Portal da Transparência, por meio de planilhas e/ou modelos eletrônicos indicados pela Secretaria Estadual de Saúde, de forma a observar os ditames da Lei de Acesso à Informação;

3.1.7.1. Observar as regras previstas na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, nos termos do previsto no artigo 39 da LGPD, e em especial:

3.1.7.1.1. Realizar o tratamento dos dados pessoais em estrita conformidade às instruções repassadas pelo Controlador/Contratante;

3.1.7.1.2. Adotar medidas técnicas administrativas de segurança aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, segundo a Lei Geral de Proteção de Dados e os padrões técnicos mínimos exigidos pelo Controlador/Contratante;

3.1.7.1.3. Utilizar recursos de segurança da informação e de tecnologia da informação de qualidade, eficiência e eficácia reconhecidas e em versões comprovadamente seguras e atualizadas, de forma a reduzir o nível de risco ao qual o objeto do contrato ou a contratante está exposta;

3.1.7.1.4. Manter os registros de tratamento de dados pessoais que realizar, assim como aqueles compartilhados, com condições de rastreabilidade e de prova eletrônica a qualquer tempo;

3.1.7.1.5. Facultar acesso a dados pessoais somente para o pessoal autorizado que tenha estrita necessidade e que tenha assumido compromisso formal de preservar a confidencialidade e segurança de tais dados, ou ao próprio Titular dos dados, devendo tal compromisso estar disponível em caráter permanente para exibição ao Controlador/Contratante, mediante solicitação;

3.1.7.1.6. Permitir a realização de auditorias do Controlador/Contratante e disponibilizar toda a informação necessária para demonstrar o cumprimento das obrigações relacionadas à sistemática de proteção de dados;

3.1.7.1.7. Informar e obter a anuência prévia do Controlador/Contratante sobre a utilização de serviços de terceiros para sustentar ou viabilizar o funcionamento da Solução de Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC para o desenvolvimento das atividades objeto do Contrato;

3.1.7.1.8. Apresentar ao Controlador/Contratante, sempre que solicitado, toda e qualquer informação e documentação que comprovem a implementação dos requisitos de segurança especificados na contratação, de forma a assegurar a auditabilidade do objeto contratado, bem

como os demais dispositivos legais aplicáveis;

3.1.7.1.9. Auxiliar, em toda providência que estiver ao seu alcance, no atendimento pelo Controlador/Contratante e de obrigações perante Titulares de dados pessoais, autoridades competentes ou quaisquer outros legítimos interessados;

3.1.7.1.10. Comunicar formalmente e de imediato ao Controlador/Contratante a ocorrência de qualquer risco, ameaça ou incidente de segurança que possa acarretar comprometimento ou dano potencial ou efetivo a Titular de dados pessoais, evitando atrasos por conta de verificações ou inspeções;

3.1.7.1.11. Promover a revogação de todos os privilégios de acesso aos sistemas, informações e recursos do Controlador/Contratante, em caso de desligamento de funcionário das atividades inerentes à execução do presente Contrato;

3.1.7.1.12. Obter, quando necessário, o consentimento dos titulares dos dados sob tratamento, nos termos do art. 8º da Lei nº 13.709/2018;

3.1.7.1.13. Abster-se da utilização dos dados pessoais tratados para finalidade diversa da execução dos serviços objeto deste Contrato;

3.1.7.1.14. Adotar planos de resposta a incidentes de segurança eventualmente ocorridos durante o tratamento dos dados coletados para a execução das finalidades deste Contrato, bem como dispor de mecanismos que possibilitem a sua remediação, de modo a evitar ou minimizar eventuais danos aos titulares dos dados;

3.1.7.1.15. Responsabilizar-se por prejuízos causados ao Controlador/Contratante em razão de coleta e tratamento inadequados dos dados pessoais compartilhados para as finalidades pretendidas no presente Contrato;

3.1.7.1.16. Responsabilizar-se pelos danos patrimoniais, morais, individuais ou coletivos que venham a ser causados em razão do descumprimento de suas obrigações legais no processo de tratamento dos dados compartilhados pelo Controlador/Contratante;

3.1.7.1.17. Definir e executar procedimento de descarte seguro dos dados pessoais, que estejam em sua posse, ao encerrar a execução do contrato ou após a satisfação da finalidade pretendida.

3.1.8. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** disponibilizando a qualquer momento à CONTRATANTE e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**;

3.1.9. Prover soluções informatizadas que permitam fornecer à CONTRATANTE, em formato digital, todos os dados necessários para o acompanhamento dos Contratos de Gestão e o Processo de Prestação de Contas, na periodicidade e formato definidos pela CONTRATANTE;

3.1.10. Utilizar obrigatoriamente o Sistema de Registro Eletrônico de Saúde, contemplando o Prontuário Eletrônico do Paciente e o registro de todos os eventos assistenciais realizados pelo paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde, contemplando, no mínimo, o registro do Conjunto Mínimo de Dados preconizado pelo Ministério da Saúde;

3.1.11. Utilizar o prontuário eletrônico do paciente de acordo com o instrumento legal vigente, que verse sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário do paciente.

3.1.12. Enviar o registro de produção mensal, de acordo com nível de complexidade da unidade, em formato de AIH e BPA, em formato eletronicamente processável, enquanto estes formatos ainda estiverem vigentes e em utilização pelo Ministério da Saúde.

3.1.13. Escolher como irá prover as soluções informatizadas, em manifestação fundamentada dirigida à Administração, que deverá ser acatada pela Administração, havendo as seguintes possibilidades:

- Adoção de Solução Própria - Neste caso a solução é desenvolvida e mantida pela própria CONTRATADA, sendo a mesma de sua propriedade.
- Aquisição de Licenças de Uso Perpétuas - Neste caso o valor da Licença de Uso do Software será pago uma única vez ao fornecedor do software, sendo suas versões atualizadas através de contratos de prestação de serviços de manutenção e suporte técnico. Mesmo que o contrato de manutenção termine e não seja renovado, a solução continua a ser utilizada, porém não sofrerá mais atualizações e nem terá o suporte técnico. Neste caso a propriedade da Licença do Software é da CONTRATANTE, devendo a mesma ser repassada à NOVA CONTRATADA ou à própria CONTRATANTE, de acordo com sua escolha, no término do Contrato de Gestão com a CONTRATADA.

- Locação de Licenças de Uso - Neste caso será pago periodicamente um valor pelo uso da Licença do Software ao fornecedor do software, sendo suas versões atualizadas e prestado o suporte técnico enquanto o contrato estiver vigente. Após o término do contrato, não será mais possível utilizar a solução e a propriedade da mesma continua sendo de seu fornecedor.

3.1.13.1. Seja qual for a opção adotada, deve estar prevista a implementação de novos serviços, sempre que solicitados pela CONTRATANTE, de acordo com as especificações por ela definidas e respeitando os prazos para adequação.

3.1.13.2. Os dados solicitados pela CONTRATANTE poderão ser de forma sintética, apenas determinado quantitativo, ou de forma analítica, registros detalhados de cada evento que permitam que a própria CONTRATANTE faça a apuração dos quantitativos exigidos. O formato destes dados deverá ser estabelecido pela CONTRATANTE e a CONTRATADA terá prazo de 120 dias para adequação de suas soluções no início do contrato e 90 dias no caso de mudanças posteriores.

3.1.13.3. O não fornecimento pela CONTRATADA das informações no formato e prazo estabelecidos pela CONTRATANTE acarretará na imputação das sanções previstas.

3.1.13.4. Ao término do Contrato de Gestão, mesmo que as licenças dos softwares utilizados na Unidade de Saúde não pertençam à CONTRATANTE, a CONTRATADA é obrigada a deixar disponível no ambiente definido pela CONTRATANTE (Unidade de Saúde ou sede da CONTRATANTE), o banco de dados com todos os dados relacionados aos PACIENTES e todas as funcionalidades necessárias para acessá-los através dos sistemas pelos quais foram gerados, bem como o modelo e dicionário de dados para permitir a migração para outros sistemas, caso seja necessário, devendo esta obrigação ser observada em qualquer das formas de provimento das soluções informatizadas utilizados pela CONTRATADA.

3.1.13.5. Caso já exista uma solução informatizada com Licenças Perpétuas adquiridas através da CONTRATADA ANTERIOR na Unidade que a CONTRATADA passará a gerir, e a CONTRATADA não desejar permanecer com este software, a mesma deverá apresentar à CONTRATANTE a justificativa para a mudança, cabendo à CONTRATANTE, após análise, autorizar ou não o repasse dos custos decorrente desta mudança, caso existam.

3.1.13.6. Em qualquer caso em que exista mudança de solução em uma transição de Contrato de Gestão, os custos com migração de dados dos pacientes para a nova solução, caso seja possível fazê-la, deverão ser apresentados à CONTRATANTE, podendo a mesma, após análise, autorizar ou não o repasse dos custos decorrentes desta migração, caso existam.

3.1.14. Apresentar à CONTRATANTE, até o 1º dia útil do mês subsequente, a Nota Fiscal/Fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior conforme Manual de Orientações para OSS - SES/PE, que deverá ser disponibilizado pela CONTRATANTE à CONTRATADA.

3.1.15. Enviar à CONTRATANTE os Relatórios Gerenciais e comprovantes dos serviços efetivamente executados até o 20º dia do mês subsequente à sua realização.

3.1.16. Realizar atendimento exclusivo aos usuários do SUS;

3.1.17. Assistir de forma abrangente aos usuários que demandem o **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**, procedendo aos devidos registros do SIH/SUS, segundo os critérios da CONTRATANTE e do Ministério da Saúde, com apresentação de 100% da produção (SIA/SUS e SIH/SUS) e até 10% de Glosas, bem como nos sistemas que porventura a Secretaria Estadual de Saúde venha a instituir;

3.1.18. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto aos órgãos competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente Contrato, efetuando todos os pagamentos de taxas e impostos que incidam ou venham incidir sobre as atividades relacionadas à gestão e operacionalização da Unidade no período de vigência deste contrato, ainda que venham a ser cobrados após eventual rescisão ou extinção do ajuste.

3.1.19. Consolidar a imagem do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos pacientes, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

3.1.20. Dispor da informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando minimamente a definição do município de residência dos mesmos, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

3.1.21. Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à CONTRATANTE e/ou a terceiros por sua culpa ou dolo, em consequência de erros, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados, bem como ressarcir o equivalente a todos os danos decorrentes de paralisação ou interrupção dos mesmos serviços,

exceto quando isto ocorrer por exigência da CONTRATANTE ou ainda por caso fortuito ou força maior, circunstâncias que deverão ser comunicadas no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, em caráter de urgência, após a sua ocorrência;

3.1.22. A parcela do repasse mensal destinada a investimentos deverá ser utilizada após apresentação do Plano de Investimento, com planilha financeira e cotações, em conformidade com o que estabelece o Regulamento de Compras e Serviços da OSS para aprovação da CONTRATANTE;

3.1.23. Nos casos de prestação de serviços terceirizados de manutenção de equipamentos de alta complexidade, sejam de infraestrutura (gerador, centrais de gases, elevador, dentre outros) ou médico-hospitalares, fica a CONTRATADA obrigada a celebrar contratos exclusivamente com empresas autorizadas pelo fabricante, disponibilizando à CONTRATANTE cópia de todos os contratos com atestado que comprove a condição de autorizada dos terceirizados;

3.1.24. Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas, instalações e equipamentos do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** em questão, cabendo-lhe manter e conservar todo o patrimônio público destinado à execução do contrato de gestão, até a sua restituição ao Poder Público, contratando seguros prediais, estruturais, de equipamentos, bens móveis e de responsabilidade civil, bem como responsabilizando-se pela segurança patrimonial do imóvel;

3.1.25. Devolver à CONTRATANTE, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do CONTRATANTE;

3.1.26. Quando da assinatura do presente Contrato, receber através de seu preposto, os bens, móveis e imóveis inventariados na forma do Anexo A deste contrato de gestão, incluindo o parque tecnológico e sistemas, e devolvê-los no término da vigência contratual, em perfeitas condições de uso, sendo submetido todo o procedimento à avaliação de representantes da CONTRATANTE, autorizados por ato do Secretário da Saúde, com notório conhecimento técnico, devendo a CONTRATADA responsabilizar-se por eventual dano ocorrido aos equipamentos;

3.1.27. Implementar o uso de protocolos assistenciais e administrativos.

3.1.28. Em se tratando de serviço de hospitalização, informar, diariamente, à CONTRATANTE o número de vagas disponíveis e o censo hospitalar, conforme modelo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde, a fim de manter atualizada a Central Estadual de Regulação, conforme o caso;

3.1.29. Encaminhar à CONTRATANTE as informações sobre as atividades desenvolvidas no **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**, segundo os modelos por ela elaborados, até o dia 20 (vinte) do mês imediatamente subsequente ao das atividades desenvolvidas, ou no dia útil que lhe for imediatamente posterior, quais sejam: planilhas de informações diárias, planilha de Monitoramento, relatório mensal, bem como o envio, até o dia 20 do mês anterior ao mês de execução, das agendas de serviços da unidade e escalas médicas;

3.1.30. Encaminhar à CONTRATANTE o demonstrativo de informações financeiras até o 20º dia do mês subsequente ao mês de competência das informações;

3.1.31. Providenciar, ao final de cada exercício e ao final da execução deste Contrato, a publicação no Diário Oficial do Estado de Pernambuco da prestação de contas anual, disponibilizando o relatório integral em seu sítio eletrônico, nos moldes do § 2º e 3º do Artigo 14 da Lei Estadual Nº 15.210/2013 e suas alterações;

3.1.32. Em relação aos direitos dos pacientes, a **CONTRATADA** obriga-se a:

- a) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;
- b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- c) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
- d) Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- e) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- f) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- g) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no **HOSPITAL/UPA/UPAE**, nas observações de crianças, adolescentes, gestantes, portadores de necessidades especiais e idosos;

- h) Fornecer ao paciente cópia do prontuário, quando solicitado;
- i) Permitir a visita ao paciente internado, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização;
- j) Permitir aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

3.1.33. Fornecer ao paciente por ocasião de sua dispensa do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "**INFORME DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- a) Nome do paciente;
- b) Nome do HOSPITAL/UPA/UPAE;
- c) Localização do HOSPITAL/UPA/UPAE,(endereço, município, estado);
- d) Motivo do atendimento(CID-10);
- e) Data de atendimento;
- f) Procedimentos realizados;
- g) Diagnóstico principal de alta e diagnósticos secundários a alta;
- h) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

3.1.34. Quando do fornecimento do Informe do atendimento, colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do documento, que deverá ser arquivado no prontuário do paciente, observando-se as exceções previstas em lei;

3.1.35. Implantar, o modelo normatizado pela SES/PE de pesquisa de satisfação pós-atendimento, do paciente ou seu acompanhante, desde o início das atividades previstas neste Contrato;

3.1.36. Receber, dar seguimento e analisar as sugestões, queixas e reclamações oriundas dos usuários, adotando, caso necessário, as devidas melhorias, e respondendo àqueles no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos, conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018.

3.1.37. Implantar um Serviço de Atendimento ao Usuário, por meio de solução informatizada e parametrizável, conforme diretrizes estabelecidas pela SES, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades;

3.1.38. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, no número de médicos contratados, nem na estrutura física do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** sem prévia ciência e aprovação da SES;

3.1.39. Alcançar os índices de produção e qualidade definidos nos Anexos Técnicos I e III deste Contrato;

3.1.40. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento de pacientes a outros serviços de saúde, apresentando à SES, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

3.1.41. Possuir e manter em pleno funcionamento, devendo realizar as reuniões mensais e/ou bimestrais, conforme conselhos que regem as comissões, assim como o envio das atas no respectivo relatório mensal, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

- a) Comissão de Prontuários;
- b) Comissão de Óbitos;
- c) Comissão de Ética Médica;
- d) Comissão de Ética de Enfermagem;
- e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH;
- f) Comissão de Farmácia;
- g) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes-CIPA;
- h) Núcleo de Segurança do Paciente- NSP.

3.1.42. Possuir e manter um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica, assim como manter o Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos, bem como implantar um Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS na unidade, mantendo-o atualizado de acordo com as normas do CONAMA e do Ministério de Saúde, que passará pela avaliação da SES;

3.1.43. Estabelecer e executar os planos de estruturação da unidade de saúde, visando atendimento dos indicadores e metas constantes do Anexo Técnico I deste Contrato;

3.1.44. Movimentar os recursos financeiros transferidos pela CONTRATANTE para a execução do objeto do Contrato em conta bancária específica e exclusiva, bem como CNPJ próprio, vinculado ao **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com os recursos próprios da Organização Social de Saúde.

3.1.44.1. É proibido à CONTRATADA efetuar transferências entre a conta acima especificada para gerir recursos do Contrato de Gestão (conta-corrente e conta de aplicação financeira) para outras contas de sua titularidade, salvo apresentação de pedido acompanhado de justificativa prévia, e aprovação expressa da CONTRATANTE;

3.1.45. Informar mensalmente a produção por meio de Relatório Gerencial e do Sistema de Gestão da SES, com apresentação de 100% da produção (SIA/SUS e SIH/SUS - Sistemas Oficiais de Informação do Ministério da Saúde) com no máximo **10%** de Glosas;

3.1.46. Observar na consecução do objeto do contrato os princípios constitucionais da Administração Pública, dispostos no art. 37 da Constituição Federal, quais sejam: Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência;

3.1.47. Manter, durante toda a execução do presente contrato, todas as condições exigidas na Seleção, em especial a regularidade com a Fazenda Pública, Seguridade Social, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e a Justiça do Trabalho;

3.1.48. Com provar a aprovação da Proposta de Trabalho pelo seu órgão deliberativo.

3.1.49. Providenciar toda documentação necessária às habilitações do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** em procedimentos de média e alta complexidade, junto à Secretaria Estadual de Saúde para aprovação do Ministério da Saúde, conforme legislação vigente;

3.1.50. Oferecer programas de educação permanente e continuada, estágios e residências, com aprovação prévia da Secretaria Estadual de Saúde e perfil assistencial do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**, tudo em conformidade com as exigências do Ministério da Educação;

3.1.50.1. O valor de investimento/ensino e pesquisa, caso não utilizado na sua integralidade, poderá ser destinado a outras despesas de custeio da unidade, com a apresentação de justificativa e aprovação prévia da CONTRATANTE;

3.1.51. Informar à CONTRATANTE de forma urgente e imediata, a ocorrência de realização de eventuais auditorias e/ou sindicâncias por parte da CONTRATADA relacionadas ao objeto do contrato de gestão, a fim de que sejam tomadas possíveis medidas tempestivas que se fizerem necessárias visando a eficácia da qualidade da prestação dos serviços contratados;

3.1.52. Utilizar, para organização do trabalho das equipes multiprofissionais, de forma horizontal, o prontuário único dos pacientes, compartilhado por toda a equipe;

3.1.53. Realizar a contratação de pessoal para a execução do objeto do Contrato de Gestão firmado por meio de processo seletivo, com a observância aos princípios da legalidade, da impessoalidade, da publicidade, da moralidade e da isonomia, previstos no artigo 37 da Constituição Federal;

3.1.54. Incentivar práticas de qualidade e segurança ao paciente conforme normatizações vigentes, com a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de acordo com o Plano nacional e implantação de metas internacionais de Segurança do paciente;

3.1.55. Respeitar e fazer com que seus empregados respeitem as normas de segurança do trabalho, disciplina e demais regulamentos vigentes, bem como atentar para as regras de cortesia no local onde serão executados os serviços;

3.1.56. Implantar mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

3.1.57. Garantir a realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos através da disponibilização na própria unidade e/ou acesso na rede assistencial através da central de regulação;

3.1.58. Garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

3.1.59. Realizar ações que colaborem com a articulação da rede de serviços, objetivando assegurar a integralidade do cuidado;

3.1.60. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao paciente internado como ao ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas através de formulários e sistemáticas da SES;

3.1.61. Apresentar mensalmente à SES, até o dia 20 do mês subsequente, os comprovantes de quitação de despesas efetuados no mês imediatamente anterior, relativas aos gastos com água, energia elétrica, telefone, encargos sociais (INSS, FGTS e PIS), fornecimento de vale transporte e alimentação, folha de pagamento de pessoal (incluindo os terceirizados), acrescidos de comprovante de reserva de depósito proporcional das verbas rescisórias correspondentes, mediante apresentação de extrato bancário, sob pena de suspensão do repasse financeiro de quaisquer faturas que lhes forem devidas até o cumprimento desta obrigação e ou outras sanções previstas em contrato, bem como nas legislações pertinentes;

3.1.62. Alimentar e atualizar os sistemas de informação ou congêneres, disponibilizados pela SES, e, os sistemas oficiais, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, com as informações completas e adequadas acerca dos serviços prestados e procedimentos realizados, de forma que os registros reflitam a realidade, evitando comprometimento da série histórica de produção da Unidade de Saúde;

3.1.63. Disponibilizar todas as informações e os documentos requisitados pelo preposto, designado pelo Secretário da Saúde, para desenvolver controle e avaliação periódica da Unidade, observando "in loco" o desenvolvimento das atividades de assistência à clientela alvo;

3.1.64. Manter disponível na internet nos domínios e sítios eletrônicos vinculados ao objeto contratual, atualizando, sempre que necessário, os seguintes documentos:

a) Regulamentos próprios, aprovados pelo seu Conselho Deliberativo, contendo regras de recrutamento e seleção de pessoal e procedimentos a serem adotados na aquisição de bens, contratações de obras e serviços e na manutenção dos bens cujo uso foi permitido pelo Estado ou adquiridos em virtude do contrato de gestão;

b) Relatórios de prestação de contas do contrato;

c) Estatuto Social atualizado da CONTRATADA;

3.1.65. Solicitar à CONTRATANTE autorização prévia para todas as aquisições de bens permanentes móveis que forem necessárias, desde que se tratem de aquisições realizadas com recursos recebidos em decorrência do contrato de gestão;

3.1.66. Utilizar os bens, materiais e serviços custeados com recursos do CONTRATO DE GESTÃO exclusivamente na execução do objeto deste Contrato;

3.1.67. Manter, em boa ordem e guarda, à disposição do CONTRATANTE e dos órgãos de controle interno e externo, todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do contrato de gestão, que deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA, devidamente identificados com o número do Contrato de Gestão;

3.1.68. Obter, previamente, consentimento da CONTRATANTE para qualquer ação promocional relacionada ao contrato de gestão, na forma por ela estabelecida, bem como destacar a participação da CONTRATANTE nessas ações;

3.1.60. Disponibilizar e divulgar em local visível ao público geral a forma de acesso ao Sistema de Ouvidoria do Estado;

3.1.70. Respeitar o limite de 3% (três por cento) do valor do contrato nas despesas com custos indiretos incorridos pela Administração Central da Organização Social, associados ao gerenciamento da execução do contrato de gestão.

3.1.70.1. Na hipótese de gerenciamento de mais de uma unidade de saúde por uma mesma Organização Social, poderá ser instituído mecanismo de centralização das atividades administrativas em comum e de compartilhamento de custos, com vistas à maximização de controles e ao aumento da eficiência e da melhor aplicação dos recursos, observada a proporcionalidade entre a receita total obtida pela Organização Social com contratos de gestão neste Estado e a receita de cada unidade de saúde, bem assim o limite previsto de 3% (três por cento) do valor total do custeio operacional (calculado considerando os custos diretos previstos para a contratação, excluídos os valores referentes ao provisionamento).

3.1.71. Quando os custos indiretos a que se refere o item 3.1.71 forem pagos também por outras fontes, a Organização Social de Saúde deve apresentar a memória de cálculo do rateio da despesa, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa.

3.1.72. Os critérios para a efetivação do disposto no item 3.1.71 serão disciplinados por meio de portaria do Secretário de Saúde.

**PARÁGRAFO ÚNICO** É vedada a cessão total ou parcial do presente contrato de gestão pela Organização Social CONTRATADA, sem prévia e expressa autorização do Poder Público.

### 3.2. DA CONTRATANTE

São obrigações da CONTRATANTE:

3.2.1. Disponibilizar à CONTRATADA adequada estrutura física, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a gestão, organização, administração, operacionalização, execução das ações e gerenciamento dos serviços de saúde do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**, conforme inventário patrimonial;

3.2.2. Promover a substituição dos equipamentos, instrumentais, utensílios e todo material necessário às atividades do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** quando necessário, por decorrência da quebra, inadequação para o uso ou pelo desgaste natural pelo tempo transcorrido, quando solicitado e devidamente justificado, desde que não tenha sido por má utilização ou ausência de manutenção;

3.2.2.1. A substituição referida no item anterior poderá ser realizada diretamente pela SES/PE ou através de repasse de recurso à CONTRATADA destinado para esse fim, tudo em consonância com o que a legislação vigente dispuser sobre o assunto;

3.2.3. Prover a CONTRATADA dos recursos financeiros necessários à execução deste Contrato e a programar, nos orçamentos dos exercícios subsequentes, quando for o caso, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto;

3.2.3.1. Repassar, através de Termo Aditivo, à CONTRATADA os recursos financeiros para os investimentos que se façam necessários no decorrer da execução contratual, a fim de possibilitar o cumprimento das metas contratadas e garantir serviços de qualidade à população, bem como assegurar todas as condições para a execução das ações e serviços de saúde na Unidade objeto do contrato;

3.2.3.2. Para garantia do cumprimento das obrigações trabalhistas da CONTRATADA, relativamente aos trabalhadores vinculados à execução do contrato de gestão, poderá ser instituído mecanismo de provisionamento de valores para pagamento de férias, de 13º (décimo terceiro) salário e de verbas rescisórias, destacados dos repasses mensais a cargo da CONTRATANTE e depositados em conta específica, em nome da CONTRATADA, nos termos da Lei nº 15.210/2013 e alterações;

3.2.4. Prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços contratados, dirimindo as questões omissas neste instrumento e dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente Contrato;

3.2.5. Desenvolver o controle e a avaliação periódica do contrato observando "*in loco*" a execução das atividades de assistência aos usuários no **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**;

3.2.6. Garantir à CONTRATADA, no âmbito de sua competência, as condições necessárias à execução das ações e serviços de saúde para a organização, administração e gerenciamento do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**, excluídas as obrigações daquela;

3.2.7. Analisar a viabilidade de utilização, se houver, do saldo financeiro ao final da execução anual, para autorizar a utilização deste em investimentos na unidade, através de Termo de Aditivo ao contrato de gestão.

3.2.8. Observar as regras previstas na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD) que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural deverá ser observada pela entidade CONTRATADA conforme , nos termos do previsto no artigo 23 da LGPD, e em especial:

3.2.8.1. Fornecer, observadas as diretrizes de sua Política Local de Proteção de Dados Pessoais e Política de Privacidade, as instruções e condições necessárias ao tratamento dos dados pelo Operador/Contratado;

3.2.8.2. Adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito;

3.2.8.3. Adotar mecanismos transparentes, de fácil compreensão e acesso, que permitam a ciência inequívoca dos titulares dos dados a respeito de sua Política de Privacidade, que deve conter, minimamente, as medidas acima indicadas;

3.2.8.4. Compartilhar com o Operador/Contratado as informações pessoais fornecidas pelos usuários dos serviços públicos por ela prestados, estritamente necessárias à execução do objeto contrato e nos exatos termos definidos em sua Política de Privacidade, após a aceitação dos termos de uso pelo usuário ou seu representante legal, quando for o caso;

3.2.8.5. Definir quais serão os dados pessoais tratados, bem como as finalidades e as formas de tratamento para cada dado coletado;

3.2.8.6. Comunicar à autoridade nacional de proteção de dados e ao titular dos dados a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante aos titulares, após o recebimento da comunicação formal feita pelo Operador;

3.2.8.7. Providenciar a eliminação segura dos dados obtidos para a prestação do serviço e compartilhados com o Operador/Contratado, após o término do tratamento, exceto quando necessários ao atendimento das finalidades previstas no art. 16 da Lei Federal nº 13.709/2018, quando estará autorizada a sua conservação;

3.2.8.8. Responsabilizar-se pelos danos patrimoniais, morais, individuais ou coletivos que venham a ser causados em razão do descumprimento de suas obrigações legais e das medidas de segurança estabelecidas em sua Política de Privacidade, no processo de compartilhamento dos dados, a menos que reste comprovado que o dano é decorrente de culpa exclusiva do titular dos dados ou de terceiro.

#### CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento do Estado de Pernambuco, na classificação abaixo (id. 87217219 e 87217228):

**FONTE DE RECURSOS:** 0500000000

**UNIDADE ORÇAMENTÁRIA:** 00208

**PROGRAMA DE TRABALHO:** 10.302.0528.4610.3988

**NATUREZA DA DESPESA:** 3.3.50.85

**NOTA DE EMPENHO Nº:** 2026NE008982, de 26/05/2026

**VALOR DO EMPENHO:** R\$ 29.027.133,69

**FONTE DE RECURSOS:** 0500000000

**UNIDADE ORÇAMENTÁRIA:** 00208

**PROGRAMA DE TRABALHO:** 10.302.0528.4610.3988

**NATUREZA DA DESPESA:** 3.3.50.85

**NOTA DE EMPENHO Nº:** 2026NE009011, de 26/05/2026

**VALOR DO EMPENHO:** R\$ 180,00

#### CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1. Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas da **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da OSS, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

#### CLÁUSULA SEXTA – DO REPASSE DE RECURSOS

6.1. Para a execução do objeto da presente avença, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes deste instrumento e seus anexos, a importância global estimada é de **R\$ 58.054.627,38** (cinquenta e oito milhões, cinquenta e quatro mil seiscientos e vinte e sete reais e oito centavos), para fins de cumprimento dos serviços pactuados nos termos do Anexo Técnico I, parte integrante deste instrumento.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** O valor pactuado será repassado pela **CONTRATANTE**, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no item 15.2 do TERMO DE REFERÊNCIA.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste Contrato.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

O pagamento do valor constante da Cláusula Sexta será efetuado conforme definido nas condições a seguir estabelecidas:

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** o valor global a ser repassado está estimado em **R\$ 58.054.627,38** (cinquenta e oito milhões, cinquenta e quatro mil seiscientos e vinte e sete reais e trinta e oito centavos), mediante a liberação de 06 (seis) parcelas mensais, cujo valor é composto de uma parte fixa correspondente a 70% (setenta por cento) do orçamento mensal, e uma parte variável correspondente a 30% (trinta por cento) do orçamento mensal, sendo 20% (vinte por cento) calculada com base no indicador de quantidade (produção) e 10% (dez por cento) calculada com base na adesão de indicadores de qualidade.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** As parcelas mensais serão pagas até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à realização dos serviços.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** A primeira parcela será paga no ato da contratação e as demais, dar-se-ão até o 5º dia útil do segundo mês subsequente à efetiva prestação do serviço.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Embora a parcela referente ao primeiro mês seja paga de forma integral, em um dos pagamentos subsequentes, caso o início do contrato não coincida com o primeiro dia do mês, poderá ser feito repasse parcial, proporcional ao número de dias de atividade do primeiro mês de execução contratual.

**PARÁGRAFO QUINTO:** Mesmo na hipótese de produção superior ao estipulado para o mês, o repasse ficará limitado ao previsto no cronograma de desembolso disposto no item 9.5 do TERMO DE REFERÊNCIA.

**PARÁGRAFO SEXTO:** A nota fiscal/fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior deverá ser entregue até o 1º dia útil do mês subsequente.

**PARÁGRAFO SÉTIMO:** As metas contratuais serão consolidadas e analisadas trimestralmente.

**PARÁGRAFO OITAVO:** Em caso de não cumprimento das metas mensais, será efetuado desconto de até 30%, observado o disposto no Anexo Técnico II, parte integrante deste instrumento.

**PARÁGRAFO NONO:** As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa.

**PARÁGRAFO DÉCIMO:** Eventuais ajustes financeiros a menor, decorrentes da avaliação do alcance das **metas mensais** das partes variáveis, serão realizados nos meses subsequentes à análise e avaliação dos indicadores estabelecidos na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

**PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO:** Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de pagamento, a **CONTRATADA** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos pagamentos mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste Contrato.

**PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO:** A **CONTRATADA** deverá anexar mensalmente aos relatórios encaminhados à **CONTRATANTE** os comprovantes de quitação de despesas com água, energia elétrica e telefone, efetuados no mês imediatamente anterior, os comprovantes de recolhimento dos encargos sociais e previdenciários, e todos aqueles constantes no Manual de Orientações Contábil-Financeiro disponibilizado pela **CONTRATANTE**, bem como outros que a **CONTRATANTE** entender necessários.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS HUMANOS**

A **CONTRATADA** contratará pessoal para a execução de suas atividades, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e securitários, resultantes da execução do objeto do presente Contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** As contratações a que se refere o caput deverão ser feitas em consonância com a proposta de trabalho apresentada pela OSS no âmbito do Processo de Seleção do qual se sagrou vencedora.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A **CONTRATADA** poderá gastar no máximo 70% relativo a despesas com pessoal e o equivalente a 30%, referente a outras despesas. Os 70% de pessoal são calculados com base no quantitativo de profissionais necessários aos serviços a serem realizados pelo **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** condicionados ao seu porte, perfil e capacidade instalada, cujos salários são os praticados no mercado (a própria unidade e outras unidades sob gestão de OSS). Em relação ao custo de 30% relativo a despesas de consumo e outros serviços, estimam-se os valores em conformidade com o histórico de gastos de unidades da rede, considerando algumas variáveis/parâmetros, tais como:

- a) Produção de procedimentos médicos e exames de acordo com o perfil do paciente, a serem ofertados para definir os valores de medicamentos, gases medicinais, material de higienização entre outros;
- b) Quantitativo de recursos humanos e de pacientes para definir os valores de gêneros alimentícios;
- c) Porte da unidade e produção para definir os valores de material de expediente e combustível;
- d) Estrutura física (m<sup>2</sup>), número e complexidade de equipamentos, produção, perfil para definir os valores de manutenção e demais despesas.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** A **CONTRATANTE** não colocará à disposição da **CONTRATADA** servidores públicos estaduais de seu quadro de pessoal permanente.

#### **CLÁUSULA NONA – DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS**

O acompanhamento e a fiscalização deste Contrato serão realizados por órgão competente da Secretaria Estadual de Saúde.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** A Comissão Técnica de Acompanhamento Interno do Contrato de Gestão, o órgão da **CONTRATANTE** responsável pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação deste Contrato de Gestão, emitirá relatório técnico trimestral sobre os resultados mensais alcançados pela **CONTRATADA** quanto à execução do contrato.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A Comissão Técnica de Acompanhamento Interno do Contrato de Gestão encaminhará até o final do segundo mês subsequente ao término do trimestre, relatório técnico trimestral à Comissão Mista de Avaliação.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Após o recebimento do parecer da Comissão de Acompanhamento Interno do Contrato de Gestão acerca dos relatórios trimestrais e resultados atingidos com a execução contratual, a Comissão Mista de Avaliação deverá, até o último dia do mês subsequente ao recebimento, emitir parecer conclusivo a ser disponibilizado no Portal da Transparência do Governo do Estado de Pernambuco, bem como encaminhado à Secretaria de Saúde e à Secretaria da Controladoria Geral do Estado.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Os responsáveis pela fiscalização deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual, para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DO PRAZO**

10.1 O prazo de vigência do presente CONTRATO será de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da sua assinatura.

10.2. O Contrato de Gestão poderá ser rescindido a qualquer momento - “morte súbita” - mediante a assinatura do Contrato de Gestão definitivo decorrente do processo ordinário de seleção pública para contratação de nova entidade que executará o objeto em questão.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA REPACTUAÇÃO, RENEGOCIAÇÃO E REEQUILÍBRIO**

Poderá haver a 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 ou suplementação de verbas, quando necessário, garantindo-se, ainda, à **CONTRATADA**, o direito ao reequilíbrio econômico-financeiro do contrato, em situações imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis, retardadoras ou impeditivas da execução do ajustado.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** A prorrogação de vigência, a repactuação de metas, a renegociação e o reequilíbrio do contrato de gestão serão objeto de termo aditivo, fundado em pareceres favoráveis da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno e da Comissão Mista de

Avaliação, ratificado pela maioria de seus membros e aprovado pelo Secretário de Saúde.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A renegociação dos contratos de gestão terá periodicidade anual, tendo como data base a data limite para apresentação da proposta de trabalho, desde que documentalmente comprovada pela **CONTRATADA** a variação efetiva dos custos de produção e dos insumos, não se aplicando as disposições relativas ao reajuste dos contratos administrativos contidas na Lei Estadual nº 17.555/2021, que revogou parcialmente a Lei nº 12.525/2003, conforme previsão contida na Lei nº 15.210/2013, e suas alterações.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** O contrato poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do contrato, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Eventuais prejuízos suportados pela **CONTRATADA** em razão de déficit orçamentário poderão ser ressarcidos pela Administração mediante Termo de Ressarcimento, após apuração em processo administrativo específico, ficando o pagamento condicionado à declaração de sua regularidade pela Secretaria da Controladoria Geral do Estado e à análise prévia da regularidade jurídico-formal pela Procuradoria Geral do Estado.

**PARÁGRAFO QUINTO:** O contrato decorrente desta seleção poderá ser aditado para incluir em seu objeto a prestação de serviços de saúde de forma itinerante, através de realização de busca ativa de usuários para oferta de procedimentos assistenciais de saúde fora da unidade de saúde, garantido, nesse caso, o reequilíbrio financeiro-econômico do acordo, desde que os serviços acrescidos guardem compatibilidade com o perfil e porte da unidade de saúde já gerida pela OSS, sejam prestados no raio geográfico de atendimento do hospital e possam potencializar o cumprimento ou eficácia das metas previstas para a referida unidade.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A **CONTRATADA** deverá apresentar:

I - mensalmente, prestação de contas dos gastos e receitas efetivamente realizados, com os respectivos demonstrativos financeiros, inclusive as certidões negativas de débito perante a Fazenda Pública, a Seguridade Social, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e a Justiça do Trabalho, além de outras informações consideradas necessárias pela Administração;

II - trimestralmente, ou a qualquer tempo, quando solicitado pelo Poder Público, relatório sobre a execução do contrato, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados;

III - ao término de cada exercício financeiro, prestação de contas, contendo, em especial, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, balanço e demonstrativos financeiros correspondentes.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Os documentos exigidos pela legislação pertinente, inclusive os comprovantes da aplicação dos recursos públicos pela OSS, devem ser mantidos em arquivo, em boa ordem, na Secretaria de Saúde, à disposição da unidade de controle interno e do Tribunal de Contas do Estado, pelo prazo de cinco anos, contado da aprovação das contas.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A prestação de contas anual será apresentada ao órgão supervisor e ao Tribunal de Contas do Estado.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** A OSS deve publicar a prestação de contas anual em seu sítio eletrônico na internet.

**PARÁGRAFO QUARTO:** As prestações de contas determinadas neste artigo, bem como sua respectiva documentação comprobatória, deverão ser publicadas em formato eletrônico no sítio eletrônico da OSS e no Portal da Transparência do Governo do Estado de Pernambuco.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SERVIÇO TRANSFERIDO**

Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** poderá assumir imediatamente a execução dos serviços objeto deste Contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Os casos de intervenção serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A intervenção será feita por Decreto, que designará o interventor e indicará os objetivos, limites e duração da medida.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** O procedimento de intervenção deverá ser concluído no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Decretada a intervenção, o Secretário de Saúde deverá, no prazo de até 30 (trinta) dias, instaurar procedimento administrativo para apurar as causas determinantes da medida e definir responsabilidades, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa.

**PARÁGRAFO QUINTO:** Durante o período da intervenção, o Estado poderá contratar a OSS subsequente na classificação final do processo de seleção ou, não havendo entidade classificada, poderá contratar, em caráter emergencial, independentemente de seleção pública, outra entidade, com a ressalva de que, em qualquer caso, deverão ser mantidas as mesmas condições do contrato objeto da intervenção.

**PARÁGRAFO SEXTO:** Cessada a intervenção, se não for constatado motivo para a rescisão do contrato e desqualificação da entidade, a OSS retomará a execução dos serviços.

**PARÁGRAFO SÉTIMO:** O interventor deverá apresentar prestação de contas e responderá pelos atos praticados durante a sua gestão.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESCISÃO DO CONTRATO**

A rescisão do contrato de gestão poderá ser:

I - determinada por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento pela **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas previstas no contrato;

II - resultante de acordo entre as partes, tendo em vista o interesse público;

III - requerida unilateralmente pela **CONTRATADA**, mediante notificação formal à **CONTRATANTE**, na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** manter a execução regular do contrato por 90 (noventa) dias após o recebimento da notificação pela autoridade máxima da **CONTRATANTE**.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Rescindido o contrato, a **CONTRATADA** terá o prazo de 90 (noventa) dias para apresentação da prestação de contas final, a ser apreciada pela **CONTRATANTE** também no prazo de 90 (noventa) dias, podendo esses prazos serem prorrogados por igual período.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Analisada a prestação de contas final de que trata o parágrafo primeiro, o pagamento de eventuais créditos apurados em favor da **CONTRATADA** observará o disposto no art. 12 da Lei nº Estadual 15.210/2013 e os valores devidos à Administração serão pagos pela **CONTRATADA** no prazo de 60 (sessenta) dias, contados do recebimento de notificação específica para este fim.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** A rescisão do contrato de gestão acarretará:

a) A aplicação das sanções cabíveis, previstas na lei e no contrato;

b) A revogação das permissões de uso de bens públicos e das cessões de servidores a ele relacionados, que serão reduzidas a termo;

c) a reversão dos bens e valores disponíveis referentes ao contrato, bem como a incorporação ao patrimônio do Estado dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados; e

d) a disponibilização imediata por parte da **CONTRATADA** dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA**, as fichas e prontuários dos usuários.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Na hipótese do inciso III do caput desta cláusula, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

**PARÁGRAFO QUINTO:** Na hipótese do inciso I do caput desta cláusula, a rescisão antecipada do contrato de gestão será precedida de processo administrativo, assegurado o exercício do contraditório e da ampla defesa, respondendo os dirigentes da entidade, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA E DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE**

A CONTRATADA é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis elencados no Anexo A, conforme previsto na Lei Estadual nº 15.210/2013, e suas alterações, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Caso a CONTRATADA não possua Programa de Integridade implantado no momento da assinatura do contrato, será concedido o prazo máximo de até 180 (cento e oitenta) dias, nos termos do art. 17, da Lei Estadual nº 16.722/2019, para as providências cabíveis ao atendimento da Lei.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** O Certificado de Regularidade do Programa de Integridade, emitido pelos órgãos avaliadores, terá validade por 2 (dois) anos, nos termos do art. 9º, da Lei nº 16.722/2012, devendo a CONTRATADA renová-lo sempre que expirada a sua validade.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Durante a validade do Certificado de Regularidade, fica a CONTRATADA obrigada a apresentar os Relatórios de Perfil e de Conformidade atualizados, quando solicitado pela Secretaria da Controladoria Geral do Estado, com intuito de proceder à reavaliação do Programa de Integridade sempre que presentes indícios de atos de fraude e corrupção envolvendo a CONTRATADA.

**PARÁGRAFO QUARTO:** A inobservância da comprovação da implementação do Programa de Integridade, nos moldes e prazos estabelecidos nas Cláusula 15.2.1 e 15.2.2 acarretará a aplicação das sanções administrativas específicas previstas na Cláusula Décima Sexta”.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS SANÇÕES CONTRATUAIS**

Pela inexecução total ou parcial das obrigações assumidas no presente contrato, inclusive das metas e compromissos assumidos na proposta de trabalho, bem como pela infração das normas legais e regulamentares, a **CONTRATADA** sujeitar-se-á às seguintes sanções administrativas:

- a) Aviso de correção;
- b) Advertência por escrito;
- c) Multa;
- d) Rescisão contratual;
- e) Desqualificação.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** As sanções previstas nas alíneas “a”, “b”, “d” e “e” poderão ser aplicadas cumulativamente com a multa, na forma prevista neste contrato, de acordo com a gravidade da falha constatada.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Comete infração administrativa, a **CONTRATADA** quando:

- I. Apresentar documentação falsa;
- II. Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- III. Falhar na execução do contrato, deixando de cumprir total ou parcialmente as obrigações assumidas;
- IV. Comportar-se de modo inidôneo
- V. Deixar de entregar documentação exigida no contrato;
- VI. Cometer fraude fiscal;
- VII. Fazer declaração falsa;
- VIII. Deixar de cumprir as obrigações trabalhistas e/ou previdenciárias.
- IX. Deixar de apresentar a prestação de contas, por período superior a dois meses consecutivos ou quando solicitado pela Administração.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** O retardamento da execução previsto no item II do Parágrafo Segundo, estará configurado quando a **CONTRATADA**:

- a) Deixar de iniciar, sem causa justificada e aceita pela administração, a execução do contrato, após o decurso do prazo constante na ordem de serviço;
- b) Deixar de realizar, sem causa justificada e aceita pela administração, os serviços definidos no contrato, quando verificado prejuízo para a Administração ou para terceiros.

**PARÁGRAFO QUARTO:** A multa será descontada da parcela variável de remuneração e dos pagamentos devidos pela Administração, ou através de Termo de Constituição de Crédito, ao final do Processo de Apuração e Aplicação de Penalidades, ou, ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente.

**PARÁGRAFO QUINTO:** As penalidades de aviso de correção e advertência serão aplicadas em decorrência de faltas leves, que prejudiquem o andamento da contratação, mas não acarretem prejuízos significativos para a Administração.

**PARÁGRAFO SEXTO:** A penalidade de multa será aplicada de acordo com as seguintes regras:

**I** - Multa de 0,05% (zero vírgula cinco por cento) do valor do contrato por dia de atraso até o máximo de 2% (dois por cento), quando cometida a infração prevista no item IX do Parágrafo Segundo desta cláusula;

**II** - Multa moratória diária de até 0,3% (zero vírgula três por cento), calculada sobre o valor contratual, até o 30º (trigésimo) dia de atraso na execução do objeto contratual, quando cometida a infração prevista no item III do Parágrafo Segundo desta cláusula;

**III** - Multa compensatória de 10% (dez por cento) até 20% (vinte por cento) quando cometida a infração prevista no item IV do Parágrafo Segundo desta cláusula;

**IV** - Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato quando cometidas as infrações previstas nos itens I, II, V, VI e VII do Parágrafo Segundo desta cláusula.

**PARÁGRAFO SÉTIMO:** Se o atraso na execução for parcial, a multa prevista no item II do Parágrafo Sexto desta cláusula será aplicada sobre o valor referente ao percentual do objeto não executado no prazo.

**PARÁGRAFO OITAVO:** A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia será cabível a multa compensatória prevista no item III do Parágrafo Sexto desta cláusula.

**PARÁGRAFO NONO:** A multa referida no item III do Parágrafo Sexto desta cláusula será aplicada sobre o valor total do contrato, em caso de inexecução total do objeto contratual, sendo aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida, em caso de inexecução parcial do objeto.

**PARÁGRAFO DÉCIMO:** A aplicação da sanção de desqualificação é de competência exclusiva do Governador de Estado, mediante prévio pronunciamento do Núcleo de Gestão, e as demais sanções serão aplicadas pelo Secretário de Saúde, devendo ser considerado, na aplicação da penalidade de desqualificação, que:

**I** - A desqualificação da entidade como OSS importará em rescisão do contrato de gestão e em reversão dos bens permitidos e dos valores entregues à utilização da organização social, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

**II** - A organização social desqualificada não terá direito a indenização.

**PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO:** Na fixação das penalidades, dentro das faixas de multa estabelecidas neste contrato, deverão ser observadas as seguintes circunstâncias:

**a)** Proporcionalidade entre a sanção, a gravidade da infração e o vulto econômico da contratação;

**b)** Os danos resultantes da infração;

**c)** Situação econômico-financeira da sancionada, em especial sua capacidade de geração de receitas e seu patrimônio, no caso de aplicação de multa;

**d)** Reincidência, assim entendida a repetição de infração de igual natureza após aplicação da sanção anterior;

**e)** Circunstâncias gerais agravantes ou atenuantes da infração.

**PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO:** Em caso de reincidência ocorrida no prazo igual ou inferior a 12 (doze) meses, contados da data da abertura do novo processo punitivo, por infração prevista no presente contrato, e a data da condenação da contratada em processo anterior, as faixas de multa e os prazos previstos no Parágrafo Sexto desta cláusula poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento).

**PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO:** Nenhuma penalidade será aplicada sem o devido Processo Administrativo de Aplicação de Penalidade - PAAP, disciplinado no Decreto Estadual nº 42.191, de 1º de outubro de 2015, assegurando-se a ampla defesa e o contraditório.

**PARÁGRAFO DÉCIMO QUARTO:** Havendo indícios de cometimento das condutas previstas na Lei Federal nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção), a documentação pertinente será encaminhada às autoridades competentes para apuração da conduta típica em questão.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO**

17.1. O presente Contrato de Gestão terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

17.2. O Contrato de Gestão, os relatórios e o plano de trabalho serão publicados no Portal da Transparência da SES/PE e no portal eletrônico próprio da CONTRATADA, em formato aberto e acessível ao público.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS E DA INTEGRAÇÃO DOS ANEXOS DO TERMO DE REFERÊNCIA**

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

18.2. Para todos os efeitos legais, os Anexos ao Termo de Referência e os a este Contrato fazem parte integrante deste.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DO FORO**

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, o qual depois de lido e achado conforme, foi assinado pelas partes contratantes.

Recife, data da assinatura eletrônica.

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

**GIL MENDONÇA BRASILEIRO**  
**HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**  
**CONTRATADA**

#### **ANEXO TÉCNICO I DO CONTRATO** **DESCRIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

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

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapia realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde, definido para unidade.

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

#### **1. INTRODUÇÃO**

1.1. 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, para o repasse de 30,0% do valor global do Contrato de Gestão em seus respectivos ciclos de avaliação. A consolidação e análise dos indicadores serão realizadas trimestralmente, contudo, a avaliação e valoração das metas pactuadas serão realizadas mensalmente para efeito de aplicação de desconto no repasse da **CONTRATADA**.

1.2. 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**, haja vista que tais indicadores não são compatíveis com a aplicabilidade do art. 15-A da Lei 15.210/2013.

1.3. Assim sendo, em caso de não cumprimento das metas pactuadas, será efetuado desconto de até 30,0% do valor global do Contrato, observado o disposto no Anexo Técnico II deste contrato de gestão.

1.4. Por se tratar o Hospital Central de Paulista uma unidade de saúde hospitalar de grande porte e detentora de serviços de alta complexidade assistencial; considerando o grande volume de atividades previstas para aquele estabelecimento de atenção à saúde; tendo em conta a necessidade de organização de fluxos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde; e com vistas a viabilizar segurança para o atendimento dos pacientes, bem como analisar a ocupação e expansão de leitos e realização de ajustes finos quanto à densidade de cuidados assistenciais, prevê abertura escalonada das atividades em duas fases, conforme seja:

1.4.1. A primeira fase, denominada de gerencial, cuja duração será de até 15 (quinze) dias após a assinatura do contrato. Seu objetivo é viabilizar que a CONTRATADA adote as providências para celebração de contratos, recrutamento de pessoal, abastecimento de insumos e enxovais, além das demais atividades inerentes à abertura de uma unidade hospitalar.

1.4.2. A segunda fase, denominada de fase atividade assistencial, será iniciada conforme seja concluída a fase gerencial.

1.5. Desta Forma é a previsão do escalonamento das atividades:

• **Tabela – Cronograma do escalonamento das atividades do Hospital Central de Paulista.**

Fase	Mês de Execução Contratual					
	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Gerencial	X					
Assistencial	X	X	X	X	X	X

1.6. São critérios a serem observados no gerenciamento e na organização e prestação da assistência no âmbito do Hospital Central de Paulista:

- I. Estabelecimento e adoção de protocolos clínicos e assistenciais compatíveis com as especialidades implantadas no serviço;
- II. Equipe de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e outros profissionais, compatível com o porte de todas as unidades (estações de trabalho), bem como suporte para intercorrências 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;
- III. Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe;
- IV. Implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- V. Articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando couber;
- VI. Realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos como exames laboratoriais (bioquímicos, hematológicos, microbiológicos) e exames de imagem, quando indicado;
- VII. Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- VIII. Dispor do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP e adoção de protocolos e plano para segurança do paciente;
- IX. Submissão à auditoria do gestor local, estadual e federal, quando couber;
- X. Regulação integral pela Central de Regulação de Leitos com informação diária da existência de leitos vagos;
- XI. Admissão de pacientes referenciados durante 24 horas por dia nos sete dias da semana;
- XII. Taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento). A internação do paciente no hospital dar-se-á no limite dos leitos, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento;
- XIII. Adoção de providências para cadastro e atualização mensal na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES);
- XIV. Apresentação adequada da produção da unidade nos Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde, incluindo, Sistema de Informação Hospitalar e Sistema de Informação Ambulatorial; e
- XV. Os leitos do hospital deverão estar, em sua totalidade, indicados quanto ao número e ao perfil, no Sistema para a Central de Regulação da SES/PE, sobretudo aqueles que sejam regulados pela Gerência de Regulação Hospitalar (GRH)/SERS.

## 2. DO PERFIL ASSISTENCIAL

2.1. Deverá ser referência para o fortalecimento do atendimento e internamento em neurologia clínica e cirúrgica (pediátrica), pediatria clínica e cirúrgica, cirurgia vascular com hemodinâmica, endoscopia digestiva alta (adulto e pediátrico), ofertando, também, serviço de hemodiálise hospitalar nas enfermarias e UTI, serviço de urgência e emergência, dentre outros serviços que ampliam a resolubilidade da unidade.

2.2. Outrossim, a unidade deve funcionar ininterruptamente 24 horas por dia, durante os sete dias da semana e estar apta para receber pacientes regulados pela central de regulação de leitos do estado de Pernambuco ou encaminhados pela central de regulação das urgências, do SAMU 192.

2.3. Afora limitações postas pela estrutura disponível na unidade e características do perfil do usuário, a assistência de todo o rol de serviços ofertados no Hospital Central de Paulista deve estar apta a ser usufruída por usuários de todas as faixas etárias, isto é, salvo diferenciações impostas pela variável "idade do usuário" e compatibilidade dos equipamentos utilizados, as categorias profissionais devem estar aptas e disponíveis para o atendimento de público de todas as idades. Sobre isso, na ocorrência de demanda gerada na unidade e que nela não possa ser atendida, a gestão do serviço, por meio do seu Núcleo Interno de Regulação, adotará providências para regular o usuário para um serviço de referência.

2.4. Qualquer que seja a modalidade de atendimento na qual um usuário venha a ser assistido, a CONTRATADA deverá programar 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.

2.5. Com capacidade operacional atual, o Hospital Central de Paulista dispõe de 199 leitos de internação (152 de enfermaria e 47 de UTI – 37 de UTI Adulto e 10 de UTI Pediátrica). Além destes, a referida unidade dispõe de salas de recuperação pós-anestésica com 05 leitos.

2.6. Da Atividade de Urgência e Emergência: O atendimento de urgência e emergência é caracterizado por ser um serviço assistencial que garante a assistência em situações de riscos de vida ou sofrimento intenso, com o objetivo de minimizar os efeitos e garantir a estabilidade clínica e hemodinâmica, bem como a segurança do paciente.

2.6.1. O Hospital Central de Paulista, como ponto estratégico na Rede de Urgência da I Macrorregião de Saúde do Estado, diante da alta demanda gerada em um espaço geográfico com alta densidade demográfica, deverá ofertar atendimento de Urgência e Emergência para o público pediátrico e para adultos com equipe de plantão nas especialidades de: neurologia clínica (pediátrica), cirurgia (pediátrica), cirurgia torácica (pediátrica), urologia (pediátrica) e endoscopia (adulto e pediátrica), além das equipes multiprofissionais, para o atendimento preferencial de pacientes encaminhados.

2.6.2. O serviço de urgência e emergência do Hospital Central de Paulista deve funcionar em consonância com as diversas normativas que regem a atividade e outras que possam ser editadas no decorrer do contrato:

- A Política Nacional de Humanização;
- Decreto Federal n.º 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde e da assistência à saúde;
- Portaria n.º 1.559/2008, que institui a Política Nacional de Regulação no SUS;
- Portaria n.º 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- Portaria n.º 1.600/2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
- Portaria n.º 1.601/2011, que estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- Portaria n.º 2.395/2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS;
- Portaria n.º 2.809/2012, que estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às urgências no âmbito do SUS;
- A Resolução CFM 2.077/2014 que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho;
- A Política Nacional de Regulação, descrita na Portaria de Consolidação n.º 02/2017;
- A Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme dizes da Portaria de Consolidação n.º 03/2017;
- A organização do componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência, de acordo com os critérios da Portaria GM/MS n.º 2.395/2011e que também se faz presente na Portaria de Consolidação n.º 03/2017;
- A normatização do funcionamento dos serviços hospitalares de urgência e emergência, preconizada na resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 2.077/2014; e
- A necessidade de garantir a adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessite de acesso aos meios adicionais de atenção

- A Distribuição dos leitos de urgência e emergência do Hospital Central de Paulista:

TIPO DE LEITO DE OBSERVAÇÃO	QUANTIDADE
Sala Vermelha	02
Sala Amarela	04
Sala Verde	06
Isolamento	02
<b>Total</b>	<b>14</b>

2.6.3. Estimativa do número mensal de atendimentos médicos de urgência/emergência, por especialidade, no Hospital Central de Paulista:

Especialidade	Estimativa de Atendimentos de Urgência/Emergência por Especialidade
Cirurgia Pediátrica	150
Pediatria Clínica	31
Neuropediatria	250
Endoscopia Digestiva Alta (adulto e pediátrica)	100
<b>Total</b>	<b>531</b>

2.6.4. A equipe de médicos emergencistas do serviço de urgência/emergência poderá revezar-se nos diferentes setores de atendimentos durante o turno do plantão e seu dimensionamento deve obedecer às resoluções do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco.

2.6.5. 100% dos usuários atendidos no serviço de Urgência e Emergência do Hospital Central de Paulista devem ser triados no serviço de acolhimento com classificação de risco.

2.6.6. Para a atividade de urgência e emergência, além dos profissionais médicos, deve estar disponível equipe multiprofissional, composta por profissionais de nível médio e superior, o suporte dos procedimentos dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento (SADT) e, para os casos que demandem tal suporte, a retaguarda cirúrgica e a respectiva internação em enfermaria ou unidade de terapia intensiva.

#### I. Cirurgia Pediátrica

- a. Dores abdominais agudas;
- b. Dor abdominal de forte intensidade com sinais clínicos de deterioração do estado geral;
- c. Vômitos biliosos ou fecaloides;
- d. Rigidez abdominal involuntária;
- e. Sinal de descompressão brusca positiva;
- f. Distensão abdominal com timpanismos difuso;
- g. Líquido livre ou sangue na cavidade abdominal;
- h. História de trauma abdominal com distensão difusa e dor de forte intensidade;
- i. Estenose hipertrófica do piloro;

- j. Apendicite;
- k. Alvarado;
- l. Invaginação;
- m. Escroto agudo (dores agudas testiculares)/torções;
- n. Parafimose;
- o. Hérnia inguinal encarcerada; e
- p. Derrame pleural/empiema com desconforto respiratório.

## II. Neurologia Clínica (Pediátrica)

- a. Cefaléias com sinais de hipertensão intracraniana;
- b. Paralisias flácidas agudas;
- c. Estado de mal epilético;
- d. Infecções agudas do sistema nervoso central (meningoencefalites, mielites, etc.);
- e. Alterações agudas do nível de consciência (comas);
- f. Sinais localizatórios agudos (hemiplegia, paraplegia, ataxia, síndrome de nervos cranianos, entre outros);
- g. Crise convulsiva febril complexa: duração por mais de 15 minutos, mais de uma ocorrência em 24 horas, características focais ou pós-ictiais;
- h. Múltiplas crises e/ou crises prolongadas em 24 horas;
- i. Sintomas e sinais associados: cefaléia, vômitos, transtornos visuais, alterações de comportamento (sonolência, dor de cabeça e confusão mental), deterioração no desenvolvimento e de habilidades adquiridas, perda de força, afasias e apraxias; e
- j. Crises características focais, associadas a sinais de alarme sugestivos de hipertensão intracraniana ou com sinais focais de instalação aguda e recente, com imediato direcionamento ao serviço de pronto atendimento da unidade.

## III. Cirurgia Torácica Pediátrica

- a. Pneumotórax agudo;
- b. Derrame pleural/Empiema com desconforto respiratório; e
- c. Tumores de pulmão, pleura, mediastino e parede torácica.

## IV. Urologia Pediátrica

- a. Dor escrotal aguda;
- b. Torção testicular;
- c. Torção de apêndices testiculares e epididimários;
- d. Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ou dor incontrolável;
- e. Hérnia encarcerada e hérnia estrangulada;
- f. Parafimose; e
- g. Hidronefrose anterolateral bilateral em meninos: VUP. Para realizar avaliação urológica e, se necessário, sondagem vesical ao nascimento e tratamento endoscópico.

## V. Endoscopia Adulta e pediátrica

- a. É um serviço especializado essencial no contexto hospitalar, destinado ao atendimento imediato de condições clínicas graves, como hemorragia digestiva alta, ingestão de corpos estranhos ou cáusticos, estenoses graves com disfagia aguda e dor abdominal intensa de provável origem esofagogástrica;
- b. O funcionamento deve ocorrer em regime de plantão 24h, com equipe médica capacitada, infraestrutura adequada (sala de endoscopia equipada com torre endoscópica, materiais de hemostasia e suporte à sedação) e retaguarda hospitalar clínica e cirúrgica; e
- c. A unidade deve estar integrada à Rede de Urgência e Emergência (RUE), com acesso regulado via pronto atendimento ou encaminhamento intra-hospitalar. O serviço deve seguir protocolos clínicos, critérios de segurança e registrar os procedimentos em sistemas oficiais, garantindo resolubilidade e continuidade do cuidado.

2.7. Da Assistência Ambulatorial: O atendimento ambulatorial deverá ser disponibilizado prioritariamente para os pacientes egressos da unidade, nas especialidades que compõem o perfil assistencial do hospital, sendo que o escopo de especialidades poderá ser alterado de acordo com as necessidades assistenciais a partir do perfil epidemiológico que se apresente na I Macrorregião de Saúde do Estado.

2.8. Além disso, deverão ser disponibilizados atendimentos para as categorias não médicas com Assistente Social, Enfermeiro, Enfermeiro Estomatoterapeuta, Enfermeiro do Trabalho (para demanda interna da unidade), Psicólogo, Nutricionista e Fonoaudiólogo.

2.8.1. O ambulatório será destinado ao acompanhamento pós-operatório e clínico de pacientes previamente internados ou submetidos a procedimentos cirúrgicos. O Ambulatório visa garantir a continuidade do cuidado, avaliar a evolução do paciente, identificar precocemente complicações e ajustar condutas terapêuticas em parceria com a equipe multiprofissional.

2.9. Dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento – SADT: Entende-se por Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (SADT) a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a usuários atendidos nos serviços disponibilizados por um serviço de saúde. O Hospital Central de Paulista dispõe de um centro diagnóstico onde podem ser realizados inúmeros procedimentos que atendem a pacientes de todas as modalidades de atendimento ali ofertadas.

Procedimento		Observação
Descrição	Procedimento/Forma de Organização/Subgrupo (Tabela SUS)	
Biópsias	Forma de Organização 02.01.01	

Análises Clínicas	Subgrupos 02.02, 02.12, 02.13 e 02.14	Atividade terceirizada e disponível 24 horas, todos os dias da semana
Anatomia Patológica	Forma de Organização 02.03.02	Atividade terceirizada
Radiografia Geral e Contrastada	Subgrupo 02.04	Disponível 24 horas, todos os dias da semana, conforme perfil assistencial descrito. Não estão incluídos os procedimentos de mamografia e densitometria óssea
Ecocardiografia Transesofágica	02.05.01.002-4	
Ecocardiografia Transtorácica	02.05.01.003-2	Disponível 24 horas, todos os dias da semana
Ultrassonografia com Doppler	02.050.1.004-0	Disponível 24 horas, todos os dias da semana
Ultrassonografia Geral	Subgrupo 02.05, exceto 02.05.01.004-0, 02.05.01.002-4 e 02.05.01.003-2	Disponível 24 horas, todos os dias da semana, conforme perfil assistencial descrito
Tomografia Computadorizada (com ou sem contraste e com ou sem sedação)	Subgrupo 02.06	Disponível 24 horas, todos os dias da semana, conforme perfil assistencial descrito. Não está incluído o procedimento de PET-CT
Ressonância Magnética (com ou sem contraste e com ou sem sedação)*	Subgrupo 02.07	Disponível 24 horas, todos os dias da semana, conforme perfil assistencial descrito
Colangiopancreatografia Retrógrada (via endoscópica)	02.09.01.001-0	
Endoscopia Digestiva Alta	02.09.01.003-7	Disponível 24 horas, todos os dias da semana
Colonoscopia	02.09.01.002-9	
Broncoscopia	02.09.04.001-7	
Traqueoscopia	02.09.04.003-3	
Arteriografia (hemodinâmica)	Forma de Organização 02.10.01	Disponível 12 horas diurnas, todos os dias da semana
Eletrocardiograma	02.11.02.003-6	
Eletroencefalograma	02.11.05.002-4	
	02.11.05.003-2	
	02.11.05.005-9	
	02.11.05.004-0	

2.9.1. Dos exames previstos no caso de situações extraordinárias nas quais haja necessidade imediata da realização do procedimento pelo usuário e a execução não seja possível por meios próprios em função da indisponibilidade de profissional e/ou equipamento, será admissível a terceirização do exame de contratada com prestador devidamente habilitado, a fim de que seja garantido o atendimento emergencial.

2.9.2. Exames solicitados de urgência/emergência devem ser realizados em até 30 minutos após sua solicitação, e o resultado não poderá ultrapassar três horas após este horário, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

2.9.3. Exames realizados em regime de ambulatório deverão ter seus laudos disponibilizados em até 15 dias corridos da realização do procedimento, exceto os exames do diagnóstico por laboratório clínico, que deverão estar disponíveis em até sete dias contados da data da coleta, inclusive em sítio online.

2.9.4. Para os procedimentos de SADT que demandem sedação, deverá estar disponível sala de recuperação, com vistas a garantir que o usuário assistido recobre adequado nível de consciência e orientação.

2.9.5. Na hipótese da realização de serviço assistencial terceirizado, como laboratório de histopatologia, laboratório de análises clínicas e ressonância, por exemplo, o prestador contratado deve dispor cadastro no CNES compatível com a aprovação da produção apresentada.

2.9.6. Caso os procedimentos acima não tenham suas quotas consumidas pela demanda da própria unidade, o saldo remanescente deverá ser disponibilizado à Central de Regulação Estadual.

2.10. **Da Assistência Hospitalar:** A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos aos pacientes pela condição de saúde apresentada, desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

2.11. A fim de se garantir a organização dos fluxos assistenciais, todos os leitos do Hospital Central de Paulista deverão estar disponíveis para a Central de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde e as internações dos usuários dar-se-ão no limite dos leitos existentes, sendo garantidas as interconsulta de especialidades (médicas e não médicas) e serviços necessários ao seu acompanhamento e, caso ocorra inexistência de eventual de leitos vagos, a gestão da unidade obrigará-se a adotar as providências para regulação do paciente para os demais serviços de saúde do SUS.

2.12. A unidade deve funcionar ininterruptamente 24 horas por dia, durante os sete dias da semana e estar apta para receber pacientes regulados pela central de regulação de leitos do estado de Pernambuco ou encaminhados pela central de regulação das urgências, do SAMU 192.

2.13. O HCP deverá ser referência para o atendimento e internamento de patologias clínicas e cirúrgicas, com suporte de diferentes especialidades como Neurologia Clínica (Pediátrica), Neurocirurgia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica e Cuidados Paliativos, ofertando, também, serviço de hemodiálise de urgência e emergência, nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva, dentre outros serviços que ampliam a resolubilidade da unidade.

2.14. Número de leitos e número de saídas por clínica do Hospital Central de Paulista:

Perfil	Tipo de Leito	Especialidade do Leito	Tempo Médio de Permanência Estimado (em dias) <sup>1</sup>	N.º de Leitos	Saídas Estimadas
Adulto	Clínico	Clínica Geral (EDA)	8,13	14	52
Pediátrico	Clínico	Pediatria	7	32	137
	Cirúrgico	CIPE e NCR	6	32	160
Outras especialidades		Cuidados Paliativos	15	16	32
Complementares <sup>2</sup>	UTI adulto		10	10	0
	UTI pediátrica		7	10	0
<b>Total</b>				<b>114</b>	<b>381</b>

<sup>1</sup> Com base no TMP do Hospital da Restauração.

<sup>2</sup> Os leitos de UTI não foram considerados no cálculo da estimativa do número de saídas dos leitos de internamento, tendo em vista que geram poucas saídas hospitalares do tipo transferência externa e alta.

2.15. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** 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, que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas, diferentes das que demandaram a internação do usuário;
- Internação em leito de UTI, quando necessário;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem, necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluída a assistência nutricional, alimentação enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem, do serviço social, da fisioterapia, da psicologia, da odontologia (odontologia hospitalar), da fonoaudiologia e pessoal técnico;
- Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhantes estão previstas na legislação que regulamenta o SUS);
- Acompanhante para as crianças, adolescentes, idoso, mulheres, portadores de deficiência e gestantes internadas (Lei n.º 10.741/2003), além de garantir consultas, exames e procedimentos em unidades de saúde pública. Essa Lei garante o direito a um acompanhante durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia (Lei n.º 14.737/2023);
- O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas e enxovais hospitalares;
- Tratamento dialítico;
- Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital; e
- Transferências internas para leitos de Unidades de Terapia Intensiva.

2.16. Assistência hospitalar às diversas especialidades:

2.16.1. **Pediatria Clínica:** unidade assistencial especializada destinada ao manejo imediato e contínuo de condições clínicas agudas e potencialmente críticas na população pediátrica. O serviço é estruturado para a avaliação rápida, estratificação de risco e estabilização

hemodinâmica e respiratória, garantindo intervenções precoces em quadros de elevada gravidade, como insuficiências respiratórias agudas, descompensações metabólicas severas, infecções sistêmicas de rápida evolução, distúrbios neurológicos críticos, choque séptico ou anafilático, distúrbios hidroeletrólíticos ameaçadores, entre outros cenários de complexidade elevada. Além disso, o serviço mantém planejamento assistencial específico para os períodos de sazonalidade, nos quais há aumento significativo da demanda por doenças respiratórias, gastrointestinais e infecciosas, exigindo ampliação de capacidade operacional, reforço de equipes e intensificação das estratégias de vigilância clínica para assegurar resposta adequada ao excedente de casos agudos.

2.16.2. Cirurgia Pediátrica: Em cirurgia pediátrica de média e alta complexidade, com atuação voltada para o atendimento de patologias cirúrgicas abdominais, torácicas e urológicas na população infantil. Dentre os procedimentos realizados, destacam-se as intervenções de urgência como apendicectomia, hernioplastias inguinais, umbilicais, epigástricas e femorais, piloromiotomia extramucosa, orquidopexia para torção testicular ou criptorquidia, além de cirurgias abdominais maiores como laparotomias exploradoras, enterectomias, ressecções de alças intestinais, drenagens de abscessos intra-abdominais e redução cirúrgica de invaginação intestinal. Na área torácica, realiza procedimentos como lobectomias pulmonares, drenagens torácicas, pleurotomias e decorticação pulmonar para tratamento de empiemas. Em urologia pediátrica, realiza reimplante ureteral para correção de refluxo vesicoureteral, correções de ureterocele e estenoses vesicoureterais. Além disso, o hospital possui expertise em cirurgias oncológicas e complexas, como nefrectomias totais ou radicais, hepatectomias parciais, ressecções de tumores retroperitoneais e abdominais, e exérese de teratomas e tumores pélvicos. Com uma equipe multidisciplinar especializada, infraestrutura adequada e foco na segurança do paciente pediátrico, o hospital se consolida como referência para procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade no âmbito regional e estadual.

2.16.3. Neurocirurgia Pediátrica – Com atuação voltada ao diagnóstico, tratamento cirúrgico e acompanhamento de crianças com doenças complexas do sistema nervoso central e periférico, atendendo em diversas áreas:

- I. Malformações congênitas do sistema nervoso central, com ênfase em: Hidrocefalia (incluindo hidrocefalias complexas e congênitas); Espinha bífida e disrafismos espinhais; craniostenose e outras deformidades cranianas;
- II. Traumatismos cranianos e Raquimedulares pediátricos, atuando em intervenções de urgência e no suporte neurocirúrgico a casos de alta complexidade;
- III. Epilepsias refratárias, com participação em protocolos de avaliação pré-cirúrgica e execução de procedimentos neurocirúrgicos voltados ao controle das crises; e
- IV. Distúrbios do movimento, espasticidade e dor, incluindo o uso de técnicas como rizotomias, implante de bombas de baclofeno e neuromodulação.

2.16.4. Clínica Médica Adulto: O serviço de Clínica Médica voltado para o internamento de pacientes candidatos à EDA tem como objetivo garantir atendimento integral, seguro e oportuno aos casos que demandam intervenção endoscópica imediata. A unidade é responsável pela avaliação clínica inicial, estabilização hemodinâmica, definição de critérios de risco e acompanhamento pré e pós-procedimento, assegurando que o paciente esteja nas melhores condições possíveis para a realização da endoscopia. Entre as principais indicações de internamento incluem-se hemorragias digestivas altas ou baixas, ingestão de corpos estranhos, suspeita de perfurações, obstruções esofágicas ou gástricas e outras condições agudas que necessitam de diagnóstico ou tratamento endoscópico emergencial. A articulação entre a equipe de Clínica Médica, Endoscopia e setores de apoio permite uma condução ágil, reduzindo complicações e garantindo assistência qualificada e contínua durante todo o período de internamento.

2.16.5. Cirurgia Pediátrica: Em cirurgia pediátrica de média e alta complexidade, com atuação voltada para o atendimento de patologias cirúrgicas abdominais, torácicas e urológicas na população infantil. Dentre os procedimentos realizados, destacam-se as intervenções de urgência como apendicectomia, hernioplastias inguinais, umbilicais, epigástricas e femorais, piloromiotomia extramucosa, orquidopexia para torção testicular ou criptorquidia, além de cirurgias abdominais maiores como laparotomias exploradoras, enterectomias, ressecções de alças intestinais, drenagens de abscessos intra-abdominais e redução cirúrgica de invaginação intestinal. Na área torácica, realiza procedimentos como lobectomias pulmonares, drenagens torácicas, pleurotomias e decorticação pulmonar para tratamento de empiemas. Em urologia pediátrica, realiza reimplante ureteral para correção de refluxo vesicoureteral, correções de ureterocele e estenoses vesicoureterais. Além disso, o hospital possui expertise em cirurgias oncológicas e complexas, como nefrectomias totais ou radicais, hepatectomias parciais, ressecções de tumores retroperitoneais e abdominais, e exérese de teratomas e tumores pélvicos. Com uma equipe multidisciplinar especializada, infraestrutura adequada e foco na segurança do paciente pediátrico, o hospital se consolida como referência para procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade no âmbito regional e estadual.

2.16.6. Cuidados Paliativos: Os leitos destinados a esse tipo de assistência assumem papel central na organização de fluxos assistenciais, prevenindo internações inadequadas em alta complexidade e garantindo transições seguras do cuidado. O perfil de pacientes elegíveis abrange indivíduos com doenças que ameaçam ou limitam a continuidade da vida, oncológicas ou não, em diferentes fases do adoecimento, cujas demandas complexas não podem ser adequadamente atendidas em domicílio ou ambulatório.

2.16.7. Os leitos de retaguarda de cuidados paliativos em perfil prioritariamente neurológico visam assegurar um cuidado especializado, humanizado e eficiente para pacientes com doenças que ameaçam a continuidade da vida e suas famílias, com o objetivo de: promover o alívio integral do sofrimento e melhorar a qualidade de vida, reduzir a complexidade do cuidado, garantir transições seguras e qualificadas do cuidado, otimizar o uso de recursos hospitalares e o giro de leitos na rede de saúde e assegurar um processo de morrer digno e humanizado.

2.16.7.1. O encaminhamento de pacientes para esses leitos será indicado quando recursos e fluxo hospitalar forem necessários para cumprir, com segurança e em tempo oportuno, o plano proporcional de Cuidados Paliativos:

- I. Sintomas de difícil controle no domicílio ou ambulatório que possam apresentar dor intensa, dispneia, delirium, espasticidade, secreções vômitos incoercíveis, constipação refratária;
- II. Necessidade de recursos hospitalares adequados como ajuste de analgesia complexa, medidas de conforto respiratório, procedimentos já instituídos com intercorrências, exames para decisões de curto prazo, quanto adequado;
- III. Declínio funcional acentuado em curto espaço de tempo e redução, como PPS  $\leq$  50,0%, dependência total, intercorrências infecciosas recorrentes (aspiração, ITU, pneumonias), desnutrição/caquexia.
- IV. Complexidade do cuidado que seja possível de redução, como retirada de dispositivos (traqueostomias, sondas) e capacitação de familiares e acompanhantes;
- V. Demandas de complexidade decisória, como reuniões estruturadas para objetivos de cuidado, diretivas antecipadas, limitação de terapêuticas e plano de alta; e
- VI. Fases avançadas do processo de morrer, quando o óbito hospitalar é o desfecho mais adequado.

2.16.7.2. Em síntese, a implantação de 16 leitos de Cuidados Paliativos em hospital de retaguarda de perfil prioritariamente neurológico em Pernambuco constitui medida estratégica para atender à crescente demanda de pacientes com doenças neurológicas avançadas. A proposta articula-se à Rede de Atenção à Saúde, fortalece a Política Nacional de Cuidados Paliativos 2024, melhora o giro de leitos e assegura cuidado digno, integral e humanizado, ao mesmo tempo em que otimiza o uso de recursos hospitalares.

#### 2.17. Serviço de Hemodiálise para Pacientes Internados:

2.17.1. A insuficiência renal aguda (IRA) é caracterizada pela perda súbita da função renal e está fortemente relacionada com o aumento de morbidade e mortalidade do paciente em curto e longo prazo, de forma que essa condição clínica é comumente identificada em pacientes críticos e apresentam impacto importante principalmente em unidades de terapia intensiva. Neste sentido, assegurar a disponibilidade de serviços que possam mitigar os impactos da IRA na assistência ao paciente internado possui grande relevância.

2.17.2. Desta feita, considerando a capacidade operacional de leitos proposta (199 unidades de internação) para pacientes adultos e pediátricos (152 leitos de enfermaria, 37 leitos de UTI Adulto Tipo II e 10 leitos de UTI Pediátrica Tipo II), estima-se a realização de hemodiálise entre 10,0% e 30,0% do total de leitos adultos e entre 10,0 e 12,0% de leitos pediátricos, compreendendo uma média mensal de 331 sessões de hemodiálise e 111 implantes de cateteres de diálise, incluindo os leitos de enfermaria e UTI.

2.17.3. Conforme informado no subitem '3.2.4.' deste Termo de Referência, considerando a inviabilidade de abertura integral de um hospital de grande porte, a quantidade de leitos a serem operacionalizadas é de 114 leitos, sendo 94 de enfermaria, 10 de UTI adulto e 10 de UTI pediátrica. Além das unidades de internação, estarão disponíveis no serviço de pronto atendimento 14 leitos de observação, descritos na Tabela 3 do Termo de Referência, abaixo replicada:

Tipo de Leito de Observação	Quantidade
Sala Vermelha	02
Sala Amarela	04
Sala Verde	06
Isolamento	02
<b>Total</b>	<b>14</b>

2.17.4. Tendo em vista que todos os leitos de UTI da unidade possuem pontos para realização de diálise, entende-se necessária disponibilidade de oferta de espaço com cinco leitos rotativos para realização de hemodiálise dos pacientes internados em enfermarias.

- Estimativa mensal de procedimentos dialíticos e implante de cateter duplo lúmen para hemodiálise do Hospital Central de Paulista.

Procedimento		Enfermaria	UTI	Total
Código SUS	Descrição			
03.05.01.004-2	Hemodiálise contínua	112	52	164
03.05.01.013-1	Hemodiálise para pacientes renais agudos/crônicos agudizados sem tratamento dialítico			
04.18.01.005-6	Implante de cateter duplo lúmen na IRA (inclui cateter)	38	18	56

#### 2.18. Unidades de Terapia Intensiva:

2.18.1. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 horas do dia, além de suporte continuado de equipamentos, recursos tecnológicos e equipe multidisciplinar especializada. Assim sendo, trata-se de um serviço de suma importância para contribuição do prognóstico do paciente assistido e na recuperação de pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com chances de sobrevivência, mas que demandam monitoramento constante, devendo, então ser coordenado por profissionais qualificados para oferecer o suporte e o tratamento para que o paciente tenha possibilidade de se recuperar. Para tanto, seguindo instruções da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), é crucial que a unidade acolha o paciente seguindo alguns perfis de internamento no setor:

- I. Prioridade 1: pacientes críticos, gravemente enfermos, em que o tratamento e monitorização não podem ser providos fora da UTI, com segurança. Podemos incluir nesse nível, por exemplo, pacientes portadores de doenças agudas, com necessidade de ventilação mecânica ou aminas vasoativas;
- II. Prioridade 2: pacientes que demandam monitorização mais cuidadosa, pelo risco de deterioração de sua condição. Estão neste perfil, pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, que demandam observação mais estreita no pós-operatório imediato;
- III. Prioridade 3: são pacientes graves, instáveis, mas com baixa probabilidade de recuperação, devido às doenças de base, ou pela agressividade da doença atual. Por causa da sua condição, uma vez internados na UTI, poderiam ter limitações terapêuticas como relacionadas à ventilação mecânica, procedimentos cirúrgicos de grande porte, ou reanimação cardiopulmonar, respeitando os desejos do próprio paciente ou de seus familiares de se evitar tratamento fúteis; e
- IV. Prioridade 4: esses seriam os pacientes que não se beneficiam de internação na UTI. Existem duas possibilidades, pacientes sem gravidade que demandem tratamento/monitorização intensiva ou os pacientes portadores de doenças terminais e irreversíveis, em estágio final da doença. Casos excepcionais, em que os sintomas somente poderiam ser adequadamente controlados na UTI, poderiam justificar uma internação nesta unidade.

2.18.2. Os requisitos para a seleção dos leitos abrangem capacidade de atendimento, qualidade dos serviços, adaptação às necessidades dos pacientes e sustentabilidade. Sendo assim, é importante que os leitos atendam aos padrões constantes nas normativas vigentes, tais como a RDC n.º 50, RDC n.º 07 e Portaria GM/MS n.º 2.862/2023 exigidos para prestar assistência com segurança, além de contribuir para a sustentabilidade ambiental.

2.18.3. A oferta de leitos de UTI do Hospital Central de Paulista deverá ser consoante ao que preconiza o Anexo da Portaria GM/MS n.º 2.862, de 29 de dezembro de 2023, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as Unidades de Terapia Intensiva – UTI e as Unidades de Cuidado Intermediário – UCI, destinadas ao cuidado progressivo do paciente crítico, grave ou de alto risco ou moderado no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2.19. Da assistência cirúrgica:

2.19.1. Os procedimentos cirúrgicos considerados de pequena, média e alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, constituem um elenco de grande responsabilidade para os gestores dos serviços hospitalares, considerando sua relevância e a necessidade de resolutividade e integralidade na assistência ao cidadão. Destarte, um procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial ou hospitalar, com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.

2.19.2. O Centro Cirúrgico do Hospital Central de Paulista é composto por cinco salas de cirurgias, uma sala de recuperação pós-anestésica com seis leitos, Central de Material Esterilizado (CME), vestiários, área de preparo de pacientes e posto de enfermagem.

2.19.3. O referido espaço está apto à realização de cirurgias nas especialidades de neurocirurgia pediátrica e cirurgia pediátrica.

2.19.4. São os procedimentos cirúrgicos a serem realizados no Hospital Central de Paulista:

- Elenco mínimo de procedimentos cirúrgicos a ser realizados no Hospital Central de Paulista:

Tipo	Procedimento		Quantidade Mensal
	Descrição	Código SIGTAP	
Cirurgia Pediátrica	APENDICECTOMIA	04.07.02.003-9	180
	PILOROPLASTIA	04.07.01.023-8	
	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	04.09.04.012-6	
	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	04.09.04.013-4	
	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	04.07.04.016-1	
	ENTERECTOMIA / RESSECÇÃO DE ALÇA	04.07.02.017-9	
	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE VOLVO POR LAPAROTOMIA	04.07.02.036-5	
	REMOÇÃO CIRÚRGICA DE FECALOMA	04.07.02.038-1	
	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)	04.07.02.019-5	
	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA/RESSECÇÃO (QUALQUER SEGMENTO)	04.07.02.020-9	
	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	04.01.01.010-4	
	DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL	04.07.02.013-6	
	DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL / PERI-RENAL	04.09.01.013-8	
	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL	04.07.04.003-0	
	DRENAGEM DE ABSCESSO PÉLVICO	04.07.04.001-3	
	NEFRECTOMIA PARCIAL	04.09.01.020-0	
	NEFROSTOMIA COM OU SEM DRENAGEM	04.09.01.028-6	
	NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA	04.09.01.029-4	
	NEFRECTOMIA TOTAL	04.09.01.021-9	
	HEPATECTOMIA PARCIAL	04.07.03.013-1	
RESSECÇÃO DE TUMOR RETROPERITONEAL / ABDOMINAL	04.16.04.014-4 04.16.04.025-0		
EXÉRESE DE TERATOMA / TUMORES PÉLVICOS	04.01.02.007-0		
LOBECTOMIA PULMONAR	04.12.05.004-8		

	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	04.12.04.016-6	
	DECORTICAÇÃO PULMONAR / DRENAGEM CIRÚRGICA DE EMPIEMA	04.12.03.001-2	
	INJEÇÃO DE GORDURA /TEFLON PERI-URETRAL - REIMPLANTE URETERAL (CORREÇÃO DE REFLUXO)	04.09.02.004-4	
	TRATAMTO CIRÚRGICO DE URETEROCELE / ESTENOSE VESICoureTERAL	04.09.01.051-0	
	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) PEDIÁTRICA	04.07.04.009-9	
	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATRAL) PEDIÁTRICA	04.07.04.010-2	
	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.015-3	
	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	04.07.04.006-4	
	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.007-2	
	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	04.07.04.022-6	
Neurocirurgia Pediátrica - Incluindo Coluna	ANASTOMOSE VASCULAR EXTRA / INTRACRANIANA	04.03.04.001-9	15
	CRANIOPLASTIA	04.03.01.001-2	
	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	04.03.01.002-0	
	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA FOSSA POSTERIOR	04.03.01.003-9	
	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFÁLICO	04.03.01.004-7	
	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFÁLICO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	04.03.01.005-5	
	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO	04.03.01.006-3	
	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	04.03.01.007-1	
	DERIVAÇÃO RAQUE-PERITONEAL	04.03.01.008-0	
	DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNAR-SUBGALEAL EXTERNA	04.03.01.009-8	
	DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÔNIO / ÁTRIO / PLEURA / RAQUE	04.03.01.010-1	
	DERIVAÇÃO VENTRICULAR-EXTERNA/SUBGALEAL EXTERNA	04.03.01.009-8	
	DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA POR DOENÇA OU TRAUMA	04.03.01.011-0	
	DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA POR DOENÇA OU TRAUMA	04.03.01.011-0	
	DESCOMPRESSÃO NEUROVASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	04.03.04.002-7	
	DRENAGEM LIQUÓRICA LOMBAR EXTERNA	04.03.01.039-0	
	ENXERTO MICROCIRÚRGICO DE NERVO PERIFÉRICO (2 OU MAIS NERVOS)	04.03.02.001-8	
	ENXERTO MICROCIRÚRGICO DE NERVO PERIFÉRICO (ÚNICO NERVO)	04.03.02.002-6	
	MICOCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL PROFUNDA	04.03.04.006-0	
	MICOCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL.	04.03.04.005-1	
	MICOCIRURGIA CEREBRAL ENDOSCÓPICA	04.03.01.012-8	
	MICOCIRURGIA DA SIRINGOMIELIA	04.03.01.013-6	
	MICOCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE	04.03.02.003-4	
	MICOCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA	04.03.02.004-2	
	MICOCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL E EXTRAMEDULAR	04.03.03.008-0	
	MICOCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR	04.03.03.010-2	
	MICOCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM	04.03.04.009-4	
	MICOCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	04.03.04.011-6	
	MICOCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM	04.03.04.010-8	
	MICOCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	04.03.04.012-4	

MICROCIRURGIA PARA BIÓPSIA DE MEDULA ESPINHAL OU RAIZES	04.03.03.011-0
MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTÉRIO-VENOSA CEREBRAL	04.03.04.005-1
MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL PROFUNDA	04.03.04.006-0
MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	04.03.04.007-8
MICRONEURORRAFIA	04.03.02.006-9
NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	04.03.02.007-7
NEURORRAFIA	04.03.02.008-5
NEUROTOMIA SELETIVA DE TRIGEMEO E OUTROS NERVOS CRANIANOS	04.03.02.009-3
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA	04.15.02.007-7
RECONSTRUÇÃO CRANIANA / CRÂNIO-FACIAL	04.03.01.014-4
RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL	04.03.01.015-2
RESSECÇÃO DE TUMOR RAQUIMEDULAR EXTRADURAL	04.03.03.016-1
RETIRADA DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ÁTRIO / PLEURA / RAQUE	04.03.01.016-0
RETIRADA DE PLACA DE CRANIOPLASTIA	04.03.01.017-9
REVISÃO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÔNIO / ÁTRIO / PLEURA / RAQUE	04.03.01.018-7
RIZOTOMIA / NEUROTOMIA PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA	04.03.05.010-3
TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL	04.03.02.010-7
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO	04.03.01.019-5
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COM SUTURA ÚNICA	04.03.01.020-9
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COMPLEXA	04.03.01.021-7
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISRAFISMO ABERTO	04.03.01.022-5
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISRAFISMO OCULTO	04.03.01.023-3
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CAROTÍDEO-CAVERNOSA	04.03.04.008-6
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA LIQUORICA CRANIANA	04.03.01.024-1
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA LIQUORICA RAQUIDIANA	04.03.01.025-0
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRANIO COM AFUNDAMENTO	04.03.01.026-8
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	04.03.01.027-6
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL	04.03.01.028-4
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	04.03.01.029-2
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	04.03.01.030-6
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO	04.03.01.031-4
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA	04.03.02.011-5
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DO CRÂNIO	04.03.01.032-2
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PLATIBASIA E MALFORMAÇÃO DE ARNOLD CHIARI	04.03.01.033-0
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	04.03.02.012-3
TRATAMENTO DE LESÃO DO SISTEMA NEUROVEGETATIVO POR AGENTES QUÍMICOS	04.03.05.015-4
TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFÉRICO / NEUROMA	04.03.02.013-1
TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA NEUROCIRURGICA / IMPLANTE PARA MONITORIZACAO PIC	04.03.01.034-9
TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PUNÇÃO OU BIÓPSIA	04.03.01.036-5
TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PUNÇÃO OU BIÓPSIA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	04.03.01.035-7

ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	04.08.03.011-9
ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	04.08.03.007-0
ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERALUM NÍVEL	04.08.03.013-5
ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO LATERAL DOIS NÍVEIS	04.08.03.014-3
ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR /POSTERO-LATERAL TRES NÍVEIS	04.08.03.016-0
ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR /POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS	04.08.03.015-1
ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C2)POSTERIOR	04.08.03.017-8
ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C3)POSTERIOR	04.08.03.018-6
ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C4)POSTERIOR	04.08.03.019-4
ARTRODESE TORACO-LOMBO SACRA POSTERIOR UM NÍVEL	04.08.03.026-7
ARTRODESE TORACO-LOMBO SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS	04.08.03.029-1
ARTRODESE TORACO-LOMBO SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS.	04.08.03.027-5
ARTRODESE TORACO-LOMBO SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS	04.08.03.030-5
ARTRODESE TORACO-LOMBO SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	04.08.03.028-3
DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR /LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1NÍVEL C/MICROSCÓPIO)	04.08.03.038-0
DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR /LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/MICROSCÓPIO)	04.08.03.041-0
DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRÂNIO-CERVICAL VIA POSTERIOR C/DUROPLASTIA	04.08.03.037-2
<b>TOTAL DE PROCEDIMENTOS</b>	<b>195</b>

## 2.20. DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

2.20.1. A segurança do paciente é definida pela OMS como: "Uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que reduzem os riscos de forma consistente e sustentável, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o seu impacto quando ocorrem". Consiste na redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável e devem ser implantados em todos os pontos de assistência ao usuário envolvendo todos os atores, desde gestores, até profissionais de saúde, os pacientes e as famílias.

2.20.2. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a primeira instância a gerir o risco, lançando mão de ferramentas, com o objetivo de rever processos de trabalho, alinhando-os às práticas de segurança, disseminando esses conhecimentos entre os profissionais da equipe a fim de prevenir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde. Devem adotar como princípio e diretriz "a disseminação sistemática da cultura de segurança".

2.20.3. A Portaria MS n.º 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

2.20.3.1. A referida Portaria informa equipe mínima dos Núcleos de Segurança do Paciente instituídos nas unidades: um médico, um enfermeiro e um farmacêutico, todos capacitados em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e ferramentas de gerenciamento de riscos.

2.20.4. O roteiro de implantação, os aspectos técnicos, administrativos e as atividades dos NSP estão descritos no Manual de Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde publicado pela ANVISA em 2016, disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>>.

## 2.21. DA SAÚDE DIGITAL

2.21.1. A telemedicina é a prestação de serviços em saúde que faz uso de tecnologias de informação e de comunicação, nos casos em que a distância é um fator crítico, para o intercâmbio de informações válidas para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, além de educação permanente dos profissionais envolvidos, pesquisas e avaliações. Trata-se de uma tecnologia alinhada aos princípios de equidade, universalidade e igualdade, tão claros no Sistema Único de Saúde (SUS), ao promover a transferência de conhecimentos de um centro de excelência para qualquer instituição com menores recursos. Esta tecnologia amplia e qualifica a assistência com melhoria do atendimento à população de áreas mais afastadas dos centros tecnológicos.

2.21.2. A CONTRATADA poderá se valer de serviços de teleassistência para viabilizar pareceres e discussões de casos clínicos, de forma a aprimorar a qualidade dos diagnósticos, bem como traçar o melhor plano terapêutico para o paciente.

2.21.3. Todo o tráfego de informações deve ser seguro e observar o sigilo médico e o tratamento de dados pessoais, conforme o Título III-A da Lei Federal n.º 8.080/1990 e as diretrizes da Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 2.314/2022.

2.21.4. O direito do paciente de recusar o atendimento remoto deve ser garantido pela CONTRATADA, a ser realizado mediante o devido recolhimento do consentimento livre e esclarecido daquele, ou de seu representante legal quando necessário, a ser coletado e arquivado em obediência aos ditames legais relativos à proteção de dados.

2.21.5. A autonomia do profissional de saúde deverá ser mantida e assegurada, com a completa independência para decidir sobre a utilização ou não da modalidade de Telessaúde, permitindo que o profissional opte pelo atendimento presencial ou o indique sempre que considerar necessário para a segurança e qualidade da assistência.

## 2.22. DOS SERVIÇOS DE APOIO E COMISSÕES

2.22.1. Além dos serviços já descritos, o Hospital Central de Paulista deverá contar ainda com diversos serviços de apoio: Central de Material e Esterilização (CME), Serviços de Farmácia, Arquivo de Prontuários de Pacientes e Estatísticas (SAME), Núcleo de Manutenção Geral, Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), Núcleo de Engenharia Clínica, Vigilância e Segurança Patrimonial (mínimo de quatro postos de 24 horas), Informatização com Prontuário eletrônico, Núcleo de TI e Suporte, Lavanderia Hospitalar, Necrotério, Nutrição e Dietética, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Núcleo Interno de Regulação (NIR), Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem, Gases Medicinais, Higiene e Limpeza, Portaria e Recepção, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Óbitos, Comissão de Farmácia, Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), Comissão de Gerenciamento de Riscos, Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOIT) tipo II, Núcleo de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde, Agência Transfusional, Transporte Sanitário – Ambulâncias (01 Unidade de Suporte Avançado – USA, e 02 Unidades Suporte Básico – USB, todas locadas), vigilância patrimonial (mínimo de quatro postos de 24 horas) e demais setores administrativos.

## 2.23. DO RESPEITO À LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS, TRANSPARÊNCIA E INTEGRIDADE

2.23.1. A todos os dados correlatos aos pacientes assistidos no Hospital Central de Paulista, deverá ser dado o tratamento adequado, consoante à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), qual seja: Lei Federal n.º 13.709/2018.

2.23.2. Em observância ao dever de transparência dos recursos públicos, devem ser disponibilizados no portal da transparência da OSS, de maneira a observar-se a Lei de Acesso à Informação os documentos elencados no Decreto Regulamentador da Lei Estadual n.º 15.210/2013.

## 2.24. DA UTILIZAÇÃO DA UNIDADE COMO CAMPO DE PRÁTICA E FORMAÇÃO

2.24.1. O Hospital Central de Paulista poderá ser campo de prática profissional e formação de recursos humanos em saúde a partir do acolhimento de indivíduos em formação, sendo que o encaminhamento de pessoal dar-se-á nos termos da legislação vigente, mediante encaminhamento exclusivo de pessoal pela Coordenação de Integração Ensino e Serviço da SES/PE, para os cursos que celebram convênio com a SES/PE de nível técnico e superior para formação de diferentes categorias profissionais: cursos técnicos na área de saúde, cursos superiores na área de saúde, internato médico e residência.

## 2.25. DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

2.25.1. O Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) é responsável por planejar, organizar e apoiar a implementação de políticas e ações relativas à Educação Permanente em Saúde (EPS). O objetivo do NEPS é melhorar a qualidade dos serviços de saúde, visando alcançar equidade no cuidado e tornar os profissionais mais qualificados para atender às necessidades da população.

2.25.2. A EPS consiste em uma aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e experiências que as pessoas já têm.

2.25.3. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004, propõem que os processos de capacitação dos trabalhos da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

2.25.4. Destarte, a gestão do Hospital deverá adotar medidas para instituir e tornar efetivo seu Núcleo de Educação Permanente em Saúde, o qual será responsável pela organização e execução do macroprocesso educacional e supervisional e que deverá funcionar em alinhamento com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, conforme a portaria retromencionada.

2.25.5. Dentre o elenco de capacitações realizadas no âmbito da educação permanente, a OSS deverá assegurar que a equipe de profissionais seja capacitada regularmente em temáticas relacionadas à LGPD, equidade, direitos humanos, enfrentamento ao preconceito e discriminação, cuidado e acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, incluindo treinamento específico para o atendimento de pessoas LGBTQIAPN+, negras, indígenas, com deficiência/neurodiversidades, obesas e outras condições possam colocar uma pessoa em situação de vulnerabilidade. As equipes deverão ser, então, treinadas para proporcionar atendimento inclusivo e humanizado.

## 2.26. DO USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TICs)

2.26.1. Caberá à CONTRATADA a aquisição do sistema de gestão de serviços de saúde a ser utilizado pela unidade, bem como o encaminhamento de informações em meio eletrônico à CONTRATANTE. Através do sistema de gestão de serviços de saúde adotado pela CONTRATADA deverá ser possibilitada a criação de um repositório de informações único, cujas informações deverão ser compartilhadas com a SES/PE, a fim de que os dados possam ser utilizados na tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais.

2.26.2. A CONTRATADA deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão de serviços de saúde (SGSS) composto por módulos que alimentem uma única base de dados e contemple, minimamente: marcação de consultas, marcação de exames, controle de estoque (almoxarifado e farmácia), sistema de custos, prontuário único eletrônico do paciente (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM n.º 1.639/2002), financeiro, serviços de apoio e relatórios gerenciais. O sistema a ser utilizado pela CONTRATADA deverá ter sua base de dados acessível de forma a ser possível extrair informações que alimentem as matrizes do Sistema

de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC deliberada pela CONTRATANTE. Assim sendo, o sistema de gestão de serviços de saúde a ser utilizado pela CONTRATANTE deve prever interoperabilidade com os sistemas em utilização pela SES/PE.

2.26.2.1. Enquanto o SIMAS não for implantado na unidade, a CONTRATADA deverá remeter à CTAI Relatórios Gerenciais que demonstrem a execução das metas estabelecidas no Anexo B do Termo de Referência

2.26.3. O módulo assistencial do SGSS deverá permitir o registro de todas as informações relativas aos exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento, ou assinadas digitalmente, em conformidade com a legislação vigente. Os laudos deverão estar devidamente armazenados com backup e transferidos, quando solicitados, à SES/PE, de forma a serem assegurados todos os meios necessários quanto à rede de informática, sistemas e programas, além da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

2.26.4. A CONTRATADA terá o compromisso de cumprir as obrigações fiscais e financeiras, prestar informações periódicas acerca do funcionamento da unidade, além de alimentar o Sistema de Prestação de Contas Financeiras (SIPEF) ou outra TIC similar deliberada pela CONTRATANTE.

2.26.4.1. Enquanto o SIPEF não for implantado na unidade, a CONTRATADA deverá contatar a Gerência de Prestação de Contas dos Contratos de Gestão da SES/PE para colher informações de como se dará a prestação de contas no âmbito do contrato

2.26.5. Ademais, a CONTRATADA deverá alimentar todos os sistemas de informação inerentes à atividade que presta, dentre eles, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

2.26.6. A CONTRATADA deverá adotar providências para que, conforme haja disponibilidade, integrar sistemas via *Application Programming Interface* (API), com vistas a minimizar ação humana no manejo de dados e, por consequência, mitigar erros decorrentes de tal manipulação. Neste sentido, a CONTRATADA terá o prazo máximo de até seis meses contados da assinatura do contrato para transmitir suas informações de seu sistema de gestão em saúde para o SIMAS ou outra TIC deliberada pela SES/PE, afim de que os dados utilizados para avaliação do desempenho alcançado frente às metas contratuais sejam transmitidos de forma automatizada. Sem prejuízo para que outras ferramentas que se utilizem de integração via API possam, também, ser integradas utilizando-se deste método.

2.26.7. Soluções informatizadas desenvolvidas pela CONTRATADA para aprimoramento da operacionalização das atividades da unidade, e que tenham sido elaboradas com utilização de recursos do contrato de gestão deverão ser disponibilizadas à SES/PE, a fim de que seja feita verificação da aplicabilidade das ferramentas em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde do Estado.

2.26.7.1. Na hipótese de a SES/PE entender a ferramenta como pertinente para ser utilizada por outras unidades, a CONTRATADA deverá disponibilizá-la, restando respeitada a autoria.

## 2.27. DO FATURAMENTO DA PRODUÇÃO

2.27.1. A produção dos serviços de saúde realizada na unidade deverá ser consignada nos respectivos instrumentos de registro utilizados pelo Ministério da Saúde, a fim de gerar base de dados a ser faturada e remetida mensalmente à SES/PE para o processamento da produção informada.

2.27.2. Os procedimentos a serem apurados são os que compõem a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, acessível por meio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>.

2.27.3. Considerando o tipo de unidade – hospital, os procedimentos a serem registrados comporão a base de dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), sendo que os manuais para operacionalização dos referidos sistemas encontram-se disponíveis em: <<http://w3.datasus.gov.br/sia/index.php?area=0401>> e <[http://sihd.datasus.gov.br/documentos/documentos\\_sisaih01.php](http://sihd.datasus.gov.br/documentos/documentos_sisaih01.php)>, respectivamente.

2.27.4. A fim de que a produção apresentada pela unidade seja aprovada, é imprescindível que a base de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do estabelecimento esteja atualizada com serviços, profissionais (CBO), Código Internacional de Doenças (CID) e habilitações que sejam pertinentes, sendo necessário, também, que o procedimento informado tenha atributos compatíveis com procedimentos elegíveis, devendo, então, haver a cabida atenção para prestação de informações como sexo, idade e instrumento adequado do registro.

2.27.5. A fim de elucidar questionamentos sobre a matéria, poderá ser consultada a Diretoria Geral de Programação e Controle dos Serviços de Saúde da SES/PE.

## 2.28. DA OUVIDORIA

2.28.1. Conforme Lei Federal n.º 13.460/2017, o usuário do serviço de saúde possui direitos resguardados a registros de manifestações cabíveis como denúncia, reclamação, solicitação, sugestão, elogio, ou informação, registrados em formato presencial, eletrônico (e-mail, site Ouvidor SUS e site Ouvidoria PE) ou por meio de ligação telefônica, informações são registradas conforme relato do usuário constando todos os fatos por ele descritos na íntegra.

2.28.2. Poderão manifestar-se todos os usuários dos serviços de saúde (acompanhantes e pacientes) e profissionais que atuem na unidade. Ademais, deverá ser mantido em pleno funcionamento um canal de escuta acessível e inclusivo, com atenção especial às pessoas em situação de vulnerabilidade e desigualdade social.

2.28.3. A unidade deverá acolher o usuário que deseja formalizar ouvidoria, orientando a utilizar os meios de registros disponibilizados pela CONTRATANTE, os quais devem estar visíveis, também, no sítio eletrônico da CONTRATADA, em aba específica, acessível ao público, podendo também serem adotadas medidas cumulativas de divulgação, tais como: banners, totens, formulários e expositor e, desde que garantam a fácil visualização e o fácil acesso às informações, com linguagem clara, acessível e de fácil compreensão. Em sendo assim, é obrigatório que esses dispositivos contenham as seguintes informações:

### 1. Canais de Acesso à Ouvidoria do Estado

- Os cidadãos podem acessar a Ouvidoria-geral através de diferentes canais, facilitando a comunicação e o registro de manifestações:
- Atendimento por Telefone: Ligue para o número 162, disponível de segunda a sexta-feira, das 07h às 19h. A ligação pode ser realizada tanto de telefone fixo, quanto de celular;
  - Atendimento Presencial: O atendimento presencial é realizado mediante agendamento. Para agendar, entre em contato pelo telefone (81) 3184-0001 ou pelo e-mail [ouvidoria@ouvidoria.pe.gov.br](mailto:ouvidoria@ouvidoria.pe.gov.br). O endereço para atendimento fica na Rua Santo Elias, 535, Espinheiro, Recife/PE. CEP: 52.020-095; e
  - Formulário Eletrônico de Manifestações: Os cidadãos também podem acessar o site da Ouvidoria ([www.ouvidoria.pe.gov.br](http://www.ouvidoria.pe.gov.br)) ou utilizar o novo sistema informatizado de Ouvidoria, o Ouve PE, disponível em [ouve.pe.gov.br/modalidades](http://ouve.pe.gov.br/modalidades).

### 2. Canais de Acesso à Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde

Os cidadãos podem acessar a Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde, através dos seguintes canais:

- Atendimento por Telefone: Ligue para o Ouvi SUS no número 136, disponível de segunda a sexta, das 08h às 20h, e aos sábados, das 08h às 18h;
- Atendimento Presencial: O atendimento presencial ocorre de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h, na sede da Secretaria Estadual de Saúde, localizada na Rua Vinte e Quatro de Agosto, n.º 209, Santo Amaro, Recife/PE. CEP: 50.040-190;
- E-mail: Para dúvidas ou manifestações, os cidadãos podem enviar um e-mail para [ouvidoria@saude.pe.gov.br](mailto:ouvidoria@saude.pe.gov.br); e
- Formulário Eletrônico de Manifestações: Acesse o portal da Secretaria Estadual de Saúde ([portal.saude.pe.gov.br/ouvidoria](http://portal.saude.pe.gov.br/ouvidoria)) ou utilize o sistema informatizado de Ouvidoria disponível em [ouvidor.saude.pe.gov.br/public/form-web](http://ouvidor.saude.pe.gov.br/public/form-web).

2.28.4. A unidade deverá possuir meios para formalização das manifestações em todos os formatos de registro e um ponto focal de resposta para recebimento de manifestações recebidas através do sistema de ouvidoria utilizado pela CONTRATANTE, encaminhadas pelo órgão responsável para resolução, resposta ou ciência.

2.28.5. Quando cabida resposta, a unidade deverá, após o recebimento da manifestação, atinar-se quanto aos prazos definidos em Lei para sua resposta.

2.28.6. Deverá ser respeitado o direito ao sigilo da identificação do usuário que realiza manifestações, conforme previsões da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

2.28.7. Queixas deverão ser registradas em instrumento do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) – ou outra TIC deliberada pela SES/PE, juntamente com o tratamento dado a demanda, a fim de que sua resolução seja acompanhada, conforme previsões de indicador do Anexo B deste Termo de Referência.

2.28.8. Para além do recebimento passivo de demandas via ouvidoria, a CONTRATADA compromete-se a realizar pesquisas de satisfação com todas as pessoas, incluindo aquelas em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Tais dados devem ser utilizados para avaliar a qualidade do acolhimento e do atendimento, considerando as particularidades de cada grupo, como raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual, deficiência e outros marcadores sociais da desigualdade.

### 3. DAS METAS QUANTITATIVAS

3.1. O **Hospital Central de Paulista** deverá apresentar um volume de atividade, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde e a atividade assistencial, distribuídos nas seguintes áreas:

#### 3.2. NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS (AMBULATÓRIO)

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – AMBULATÓRIO MÉDICO							
Número de Consultas Médicas Realizadas	Mês de Referência						TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	
Especialidade A							
Especialidade B							
Especialidade C							
... Uma linha por especialidade							
<b>Total</b>							

<Quadro a ser atualizado conforme estimativas da proposta da entidade selecionada>

#### 3.3. CONSULTAS MULTIPROFISSIONAIS AMBULATORIAIS REALIZADAS

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL							
Número de Consultas Multiprofissionais Ambulatoriais Realizadas	Mês de Referência						TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	
Categoria A							
Categoria B							
Categoria C							
... Uma linha por categoria							
<b>Total</b>							

<Quadro a ser atualizado conforme estimativas da proposta da entidade selecionada>

#### 3.4. NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REALIZADOS POR PROFISSIONAL MÉDICO

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - URGENCIA E EMERGÊNCIA								
Número de Atendimentos de Urgência e Emergência Realizados por Profissional Médico		Mês de Referência						TOTAL
		1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	
Médicos	Especialidade A							
	Especialidade B							
	Especialidade C							
	... Uma linha por especialidade							
Enfermeiro								
<b>Total</b>								

<Quadro a ser atualizado conforme estimativas da proposta da entidade selecionada>

### 3.5. NÚMERO DE SAÍDAS HOSPITALARES

Perfil	Tipo de Leito	Especialidade do Leito	TMP <sup>1</sup>	Mês de referência						Total
				M1	M2	M3	M4	M5	M6	
Adulto	Clínico	Clínica Geral (EDA) **								
		Cirúrgico	Neurocirurgia							
	Cirurgia Vascular									
Pediátrico	Clínico	Pediatria								
	Cirúrgico	CIPE e NCR								
Outras especialidades		Cuidados Paliativos								
Complementares*	UTI adulto									
	UTI pediátrica									
<b>Total</b>										

<sup>1</sup> TMP = Tempo Médio de Permanência Estimado

<Quadro a ser atualizado conforme estimativas da proposta da entidade selecionada>

### 3.6. ATIVIDADE CIRÚRGICA

#### 3.6.1. Número de Cirurgias Pediátricas Realizadas

Código SIGTAP	M1	M2	M3	M4	M5	M6	Total
04.07.02.003-9							
04.07.01.023-8							
04.09.04.012-6							
04.09.04.013-4							
04.07.04.016-1							
04.07.02.017-9							
04.07.02.036-5							
04.07.02.038-1							
04.07.02.019-5							
04.07.02.020-9							
04.01.01.010-4							
04.07.02.013-6							
04.09.01.013-8							
04.07.04.003-0							
04.07.04.001-3							
04.09.01.020-0							

04.09.01.028-6													
04.09.01.029-4													
04.09.01.021-9													
04.07.03.013-1													
04.16.04.014-4													
04.16.04.025-0													
04.01.02.007-0													
04.12.05.004-8													
04.12.04.016-6													
04.12.03.001-2													
04.09.02.004-4													
04.09.01.051-0													
04.07.04.009-9													
04.07.04.010-2													
04.07.04.015-3													
04.07.04.006-4													
04.07.04.007-2													
04.07.04.022-6													
04.07.02.003-9													

&lt;Quadro a ser atualizado conforme estimativas da proposta da entidade selecionada&gt;

## 3.6.2. Número de Neurocirurgias (Pediátrico)

Código SIGTAP	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	Total
04.03.04.001-9													
04.03.01.001-2													
04.03.01.002-0													
04.03.01.003-9													
04.03.01.004-7													
04.03.01.005-5													
04.03.01.006-3													
04.03.01.007-1													
04.03.01.008-0													
04.03.01.009-8													
04.03.01.010-1													
04.03.01.009-8													
04.03.01.011-0													
04.03.01.011-0													
04.03.04.002-7													
04.03.01.039-0													
04.03.02.001-8													
04.03.02.002-6													





Ultrassonografia Geral	Subgrupo 02.05, exceto 02.050.1.004-0, 02.05.01.002-4 e 02.05.01.003-2								
Tomografia Computadorizada (com ou sem contraste e com ou sem sedação)	Subgrupo 02.06								
Ressonância Magnética (com ou sem contraste e com ou sem sedação) *	02.05.01.002-4								
Colangiopancreatografia Retrógrada (via endoscópica)	02.09.01.001-0								
Endoscopia Digestiva Alta	02.09.01.003-7								
Colonoscopia	02.09.01.002-9								
Broncoscopia	02.09.04.001-7								
Traqueoscopia	02.09.04.003-3								
Arteriografia	Forma de Organização 02.10.01								
Eletrocardiograma	02.11.02.003-6								
Eletroencefalograma	02.11.05.002-4								
	02.11.05.003-2								
	02.11.05.005-9								
	02.11.05.004-0								

<Quadro a ser atualizado conforme estimativas da proposta da entidade selecionada>

**Obs 1:** O primeiro trimestre de funcionamento da unidade (atividade assistencial) será monitorado e avaliado, porém os resultados alcançados não serão objeto de penalização financeira por ser este período necessário à implantação do serviço.

**Obs 2:** Considerando que a demanda é regulada e referenciada, 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

4.1. Para a avaliação dos indicadores Quantitativos (Produção) e Qualitativos que estarão diretamente ligados ao pagamento da parte variável do contrato (30,0% do valor global do contrato), o **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** deverá atingir **mensalmente** as metas definidas para os seguintes indicadores:

4.1.1. **Quantitativos:** Número de consultas médicas realizadas; Número de consultas multiprofissionais ambulatoriais realizadas; Número de saídas hospitalares; Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico; Número de Cirurgias Pediátricas Realizadas; Número de Neurocirurgias (pediátrica) Realizadas; Número de Procedimentos de SADT por Tipo.

4.1.2. **Qualitativos:** Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta; Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora em UTI adulto; Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora em UTI pediátrica; Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto; Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica; Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto; Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica; Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden); Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (por mil); Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1; Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2; Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3; Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4; Acolhimento com Classificação de Risco; Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente; Índice de intervalo de substituição de leitos; Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h); Satisfação do Usuário; Índice de aceitação das respostas às queixas registradas; Qualidade da Publicação das Informações de Transparência; e Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.

#### 4.1.3. META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS) COM VALORAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

4.1.3.1. Estabelecem-se como indicadores determinantes do pagamento da parte variável os relacionados no quadro abaixo:

TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	CÓDIGOS SUS VÁLIDOS PARA O CUMPRIMENTO DA META*	VALORAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Produção	Número de consultas médicas ambulatoriais realizadas	Total de consultas médicas ambulatoriais	Realizar <b>347</b> consultas médicas em regime ambulatorial	03.01.01.007-2    03.01.01.029-3    03.01.01.030-7	Até 3,0% do valor do Contrato	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

Número de consultas multiprofissionais ambulatoriais realizadas	Total de consultas multiprofissionais ambulatoriais	Realizar <b>1.314 consultas multiprofissionais</b> em regime ambulatorial	03.01.01.004-8	03.01.01.029-3	03.01.01.031-5	Até 2,0% do valor do Contrato	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
			03.11.01.001-6	03.11.02.003-8	03.01.04004-4		
			03.01.08.017-8	03.01.050.15-5			
Número de saídas hospitalares	Total de saídas hospitalares	Atingir o quantitativo de <b>381 saídas hospitalares</b> por mês	Não se aplicam Códigos SUS, mas os registros das AIHs, devendo ser contabilizadas aquelas advindas da alta hospitalar, evasão, transferência externa, óbito ou a pedido			Até 5,0% do valor do Contrato	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
Número de Atendimentos de Urgência e Emergência Realizados por Profissional Médico	Total de atendimentos realizados por médicos no serviço de urgência e emergência	Realizar <b>531 atendimentos de urgência e emergência</b> por mês	Procedimentos da Forma de Organização 03.01.06., realizados por profissionais médicos da unidade, em ambiente de urgência/emergência			Até 3,0% do valor do Contrato	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
Número de Cirurgias Pediátricas Realizadas	Total mensal de cirurgias pediátricas realizadas	Realizar <b>180 cirurgias pediátricas mensais</b>	04.07.02.003-9	04.07.01.023-8	04.09.04.012-6	Até 4,0% do valor do Contrato	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
			04.09.04.013-4	04.07.04.016-1	04.07.02.017-9		
			04.07.02.036-5	04.07.02.038-1	04.07.02.019-5		
			04.07.02.020-9	04.01.01.010-4	04.07.02.013-6		
			04.09.01.013-8	04.07.04.003-0	04.07.04.001-3		
			04.09.01.020-0	04.09.01.028-6	04.09.01.029-4		
			04.09.01.021-9	04.07.03.013-1	04.16.04.014-4		
			04.16.04.025-0	04.01.02.007-0	04.12.05.004-8		
			04.12.04.016-6	04.12.03.001-2	04.09.02.004-4		
			04.09.01.051-0	04.07.04.009-9	04.07.04.010-2		
			04.07.04.015-3	04.07.04.006-4	04.07.04.007-2		
04.07.04.022-6							
Número de Neurocirurgias (pediátrica) Realizadas	Total mensal de neurocirurgias adulto e pediátricas – incluindo neurocirurgias da coluna realizadas	Realizar <b>15 neurocirurgias mensais</b>	04.03.04.001-9	04.03.01.001-2	04.03.01.002-0	Até 3,0% do valor do Contrato	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
			04.03.01.003-9	04.03.01.004-7	04.03.01.005-5		
			04.03.01.006-3	04.03.01.007-1	04.03.01.008-0		
			04.03.01.009-8	04.03.01.010-1	04.03.01.009-8		
			04.03.01.011-0	04.03.01.011-0	04.03.04.002-7		
			04.03.01.039-0	04.03.02.001-8	04.03.02.002-6		
			04.03.04.006-0	04.03.04.005-1	04.03.01.012-8		
			04.03.01.013-6	04.03.02.003-4	04.03.02.004-2		
			04.03.03.008-0	04.03.03.010-2	04.03.04.009-4		
			04.03.04.011-6	04.03.04.010-8	04.03.04.012-4		
			04.03.03.011-0	04.03.04.005-1	04.03.04.006-0		
			04.03.04.007-8	04.03.02.006-9	04.03.02.007-7		
			04.03.02.008-5	04.03.02.009-3	04.15.02.007-7		
			04.03.01.014-4	04.03.01.015-2	04.03.03.016-1		
			04.03.01.016-0	04.03.01.017-9	04.03.01.018-7		
			04.03.05.010-3	04.03.02.010-7	04.03.01.019-5		
04.03.01.020-9	04.03.01.021-7	04.03.01.022-5					

				04.03.01.023-3	04.03.04.008-6	04.03.01.024-1		
				04.03.01.025-0	04.03.01.026-8	04.03.01.027-6		
				04.03.01.028-4	04.03.01.029-2	04.03.01.030-6		
				04.03.01.031-4	04.03.02.011-5	04.03.01.032-2		
				04.03.01.033-0	04.03.02.012-3	04.03.05.015-4		
				04.03.02.013-1	04.03.01.034-9	04.03.01.036-5		
				04.03.01.035-7	04.08.03.011-9	04.08.03.007-0		
				04.08.03.013-5	04.08.03.014-3	04.08.03.016-0		
				04.08.03.015-1	04.08.03.017-8	04.08.03.018-6		
				04.08.03.019-4	04.08.03.026-7	04.08.03.029-1		
				04.08.03.027-5	04.08.03.030-5	04.08.03.028-3		
				04.08.03.038-0	04.08.03.041-0	04.08.03.037-2		
	Número de Procedimentos de SADT por Tipo	Total de procedimentos de SADT por tipo	Apresentar informações sobre os procedimentos de SADT	Não se aplica, pois trata-se de se informar o a produção de procedimentos de SADT			Não valorado	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
<p>Observação: A produção excedente de um grupo cirúrgico não será efetiva para compensar o não cumprimento das metas cirúrgicas de outros perfis;</p> <p>* Os códigos da Tabela SUS informados como válidos para o cumprimento das metas podem variar em função de atualizações da referida tabela pelo Ministério da Saúde; em função de atualização do perfil da unidade; ou em função da incorporação de novas especialidades médicas ou tecnologias ao parque de equipamentos médico-hospitalares da unidade que permita a realização de novos procedimentos; e</p> <p>* As informações de produção serão prestadas mensalmente por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC deliberada pela contratante, sendo que os dados devem ser remetidos à SES/PE até o dia 20 do mês subseqüente à produção.</p>								

**Obs:** As metas de quantidade acima informadas podem ser atualizadas em versão final do contrato, conforme proposta da entidade selecionada.

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE								
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO	
Qualidade da assistência à saúde	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	Avaliar a qualidade da assistência e efetividade da CCIH.	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4	64	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados ao trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI.	≤ 4,7	Pontuação: 5		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.		5
			>4,7 e ≤ 12,6	Pontuação: 3				
			> 12,6	Pontuação: 0				
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes pediátricos relacionados ao trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI pediátrica.	≤ 2,7	Pontuação: 5		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.		5
			> 2,7 e ≤ 5,1	Pontuação: 3				
			> 5,1	Pontuação: 0				
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto	≤ 7,1	Pontuação: 5		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.		5
			7,1 > e ≤ 12,3	Pontuação: 3				
			> 12,3	Pontuação: 0				
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica	≤ 10,0	Pontuação: 5		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.		5
			> 10,0 e ≤ 17,2	Pontuação: 3				
			> 17,2	Pontuação: 0				
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto	Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto	≤ 13,8	Pontuação: 5		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.		5
			> 13,8 e ≤ 25,1	Pontuação: 3				
			>25,1	Pontuação: 0				
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	≤ 6,1	Pontuação: 5		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	5		
		> 6,1 e ≤ 8,6	Pontuação: 3					
		> 8,6	Pontuação: 0					
Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden)	Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes adultos internados, de acordo com a classificação de risco obtida pela Escala de Braden.	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4			
		A incidência de LPP no Grupo B (Braden ≤12) for igual ou inferior a 11,1%. (Obs: Com plano de cuidados documentado).			3			
Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (por mil)	Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4			
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1	Acompanhar e avaliar a qualidade e segurança dos cuidados cirúrgicos prestados a pacientes com baixo risco (ASA 1).	até 0,1%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4			
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2	Monitorar e avaliar a segurança e qualidade do atendimento cirúrgico em pacientes com risco moderado (ASA 2).	até 5,4%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4			
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3	Monitorar e avaliar a segurança e qualidade do atendimento cirúrgico para pacientes com condições clínicas graves.	até 17,8%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	2			
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4	Monitorar e avaliar a qualidade e segurança do atendimento cirúrgico para pacientes com condições clínicas graves e instáveis.	até 65,4%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	1			
Acolhimento com Classificação de Risco	Certificar que os pacientes atendidos em unidades de urgência e emergência, recebam a devida atenção conforme a gravidade e urgência de seu quadro clínico.	Enviar o relatório da classificação de risco.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4			
Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)	Garantir que os incidentes de segurança sejam registrados, analisados e corrigidos em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	Envio do relatório de segurança do paciente		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4			

<b>Eficiência da Gestão Hospitalar</b>	Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente	Identificar falhas nos processos administrativos e operacionais que levam ao cancelamento de cirurgias.	Envio da Informação	Relatório de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4	8
	Índice de intervalo de substituição de leitos	Avaliar e monitorar o tempo entre a desocupação e a ocupação de leitos hospitalares.	≤ 1,64 dias	Relatório sobre índice de intervalo de substituição, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	4	
<b>Vigilância do Óbito</b>	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h)	Avaliar as causas dos óbitos que ocorreram após 24 horas de internação.	Revisão de 90,0% ou mais dos óbitos institucionais	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	6	6
			Revisão entre 80,0% e 89,9% dos óbitos institucionais		4	
			Revisão inferior a 80,0% dos óbitos institucionais		0	
<b>Atenção ao Usuário</b>	Satisfação do Usuário	Aferição mensal do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes atendidos.	Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	10
			Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e < 90,0%		3	
			Aferir satisfação do usuário ≥ 70,0% e < 80,0%		2	
			Aferir satisfação do usuário < 70,0%		0	
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas	Aferição mensal dos índices de aceitação das respostas às queixas registradas	Aprovação de 80,0% ou mais da aceitação de queixas recebidas	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	
<b>Transparência</b>	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência	Publicação mensal de informações de transparência em consonância com normativas vigentes.	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE	6	6
			Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.		4	
			Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.		2	
			Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.		1	
			Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.		0	
<b>Educação Permanente</b>	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente	Avaliar a execução do plano de educação permanente.	90,0% a 100% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	6	6
			80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		5	
			70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		3	
			< 70,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.		0	
<b>TOTAL</b>						100

Para melhor descrição das metas descritas no quadro acima, vide o Manual de Indicadores do Contrato de Gestão.

## 5. DAS SUBCONTRATAÇÕES

- I. É vedada a sub-rogação completa ou da parcela principal da obrigação.
- II. Será permitida a subcontratação apenas de atividades acessórias e complementares, desde que isso não implique na transferência da prestação dos serviços contratados, em perda de economicidade ou em detrimento de sua qualidade; e
- III. São atividades passíveis de terceirização: (a) vigilância patrimonial; (b) engenharia clínica; (c) diagnóstico por análises clínicas e anatomopatologia/histopatologia; (d) ressonância magnética; (e) serviço de manutenção de climatização; (f) serviço de assistência em nefrologia com fornecimento de máquinas de diálise por locação ou comodato e assistência técnica; (g) anestesiologia; (h) locação de veículos administrativos; (i) eliminação de pragas em serviços de saúde; (j) manutenção preventiva e corretiva de elevadores; (k) limpeza de reservatórios de água e caixas e caixas d'água em serviços de saúde; (l) manejo e destinação de resíduos sólidos de serviços de saúde; (m) fornecimento de dietas enterais e/ou paraenterais; (n) locação de equipamentos médico-hospitalares, (o) serviço de gerenciamento operacional de atividades de informática com disponibilização de *softwares*, *hardwares* e gestão de armazenamento em nuvem; (p) lavanderia e transporte de enxoval hospitalar; (q) locação de equipamentos de radiocomunicação; (r) manutenção preventiva e corretiva de gerador de energia; (s) atividade finalísticas de serviços médicos; (t) confecção de fardamento e enxoval; (u) serviço de controle de qualidade da água para hemodiálise; (v) serviço de análises microbiológicas e físico-químicas para controle de qualidade do ar do ambiente hospitalar; (w) locação de purificadores de água; (x) locação de instrumentais cirúrgicos; (y) prestação de serviço de teleassistência/telessaúde; (z) Serviço de Locação de Ambulâncias com ou sem Condutor; e (aa) fornecimento de gases medicinais com ou sem disponibilização de cilindros, compressores e equipamentos afins em regime de comodato.

5.1. A SUBCONTRATADA deverá demonstrar atestado de Capacidade Técnica contendo:

- a) Vigilância Patrimonial: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a disponibilização de, ao menos, 2 postos de trabalho em regime de 24h horas;
- b) Engenharia Clínica: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a realização de, ao menos, 20 manutenções preventivas e 10 manutenções corretivas em equipamentos médico-hospitalares de diversos tipos: CME, radiologia, etc.;
- c) Diagnóstico por Análises Clínicas e Anatomopatologia/Histopatologia: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a realização de, ao menos, 35.000 exames laboratoriais por mês e 400 anatomopatológicos;
- d) Diagnóstico por Ressonância Magnética: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a realização de, ao menos, 80 exames de ressonância magnética por mês;
- e) Serviço de Manutenção de Rede de Climatização: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a disponibilização de, ao menos, 5 técnicos em refrigeração;
- f) Serviço de Assistência em Nefrologia com Fornecimento de Máquinas de Diálise por Locação ou Comodato para Assistência Técnica: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a disponibilização, via locação, de, ao menos, 28 equipamentos de hemodiálise com manutenção preventiva e corretiva, com ou sem disponibilização de equipe médica especializada;
- g) Anestesiologia: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a cobertura mensal de 60 plantões de 12 horas com médico anestesiológista;
- h) Locação de Veículos Administrativos: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a disponibilização, via locação mensal, de, ao menos 2 veículos do tipo *hatch* para realização de atividades administrativas;
- i) Eliminação de Pragas em Serviços de Saúde: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a realização de procedimentos de eliminação de pragas (dedetização, desinsetização, desratização e afins) por meio de controles químicos e/ou físicos e/ou controle integrado de pragas, consoante a RDC ANVISA n.º 52/2009 em unidade de saúde cuja área total seja de, ao menos, 18.790 m<sup>2</sup>;
- j) Manutenção Preventiva e Corretiva de Elevadores: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a realização continuada de manutenção corretiva e preventiva em, ao menos, 2 elevadores;
- k) Limpeza de Reservatórios de Água e Caixas D'água de Serviços de Saúde: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a realização de higienização contínua de reservatórios de água com capacidade de, no mínimo 10.000 m<sup>3</sup>, conforme RDC ANVISA n.º 63/2011;
- l) Manejo e destinação de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido o serviço continuado de coleta, transporte, tratamento e destinação final de resíduos sólidos de serviços de saúde, em consonância com a RDC ANVISA n.º 222/2018, cuja coleta mensal seja de, ao menos, 300kg de resíduos hospitalares;
- m) Fornecimento de Dietas Enterais e/ou Paraenterais: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido o fornecimento de, ao menos, 300 dietas enterais e/ou parenterais mensais;
- n) Locação de Equipamentos Médico-hospitalares: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a disponibilização, via locação, de, ao menos, 30 equipamentos médico-hospitalares, dentre eles, bombas de infusão mensalmente;
- o) Serviço de Gerenciamento Operacional de Atividades de Informática com Disponibilização de *Softwares*, *Hardwares* e Gestão de Armazenamento em Nuvem: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a disponibilização, via locação, de, ao menos, 15 equipamentos de informática e/ou gerenciamento de licença para uso de *softwares* e/ou gerenciamento de espaço para acomodação de bases em nuvem e/ou fornecimento de certificados digitais;
- p) Lavanderia e Transporte de Enxoval Hospitalar: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido o recolhimento, lavagem e entrega de enxoval hospitalar, de, ao menos, 100 kg de roupas por mês;
- q) Locação de Equipamentos de Radiocomunicação: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a disponibilização, via locação, de, ao menos, 15 equipamentos de radiocomunicação por mês;
- r) Serviço de Manutenção Preventiva e Corretiva de Gerador de Energia: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a manutenção continuada de, ao menos, um equipo gerador de energia;
- s) Atividade Finalísticas de serviço: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a oferta de serviços médicos para realização de atividade médico-assistenciais, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a realização de, ao menos, 100 consultas médicas e/ou 50 procedimentos de SADT e/ou 25 procedimentos cirúrgicos mensais;
- t) Confecção de Fardamento e Enxoval: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido, a confecção de 150 fardamentos e/ou fornecimento de enxoval;
- u) Serviço de Controle de Qualidade da Água para Hemodiálise: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a realização continuada de testes em água utilizada em procedimentos de hemodiálise;
- v) Serviço de Análises Microbiológicas e Físico-Químicas para Controle de Qualidade do Ar do Ambiente Hospitalar: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a realização continuada de análise da qualidade do ar em ambiente hospitalar;
- w) Locação de Purificadores de Água: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a disponibilização, via locação, de, ao menos, 20 equipamentos de purificação de água para consumo humano por mês;
- x) Locação de Instrumentais Cirúrgicos: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a disponibilização, via locação, de ao menos, 30 instrumentais cirúrgicos por mês;

- y) Prestação do Serviço de Teleassistência: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a realização de, ao menos, 100 consultas médicas e/ou outros profissionais de saúde por mês;
- z) Serviço de Locação de Ambulância com ou sem Condutor: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido a realização de, ao menos, uma ambulância de suporte avançado; e
- aa) Fornecimento de Gases Medicinais com ou sem Disponibilização de Cilindros, Compressores e Equipamentos Afins em Regime de Comodato: atestado que demonstre que a subcontratada já foi detentora de contrato para a atividade em questão, o qual tenha tido duração mínima de um ano e cujo objeto tenha sido o fornecimento de, ao menos, 30.000 m<sup>3</sup> de gases medicinais (oxigênio e/ou ar comprimido e/ou óxido nitroso).

5.2. Outras hipóteses de subcontratação deverão ser autorizadas previamente pela SES/PE, devendo apenas ser subcontratados os serviços autorizados pela gestora do contrato.

5.3. Na oportunidade de subcontratação a CONTRATADA deverá prever em seus instrumentos contratuais: Objeto: natureza, características, quantidades com suas respectivas unidades de medida; Condições de fornecimento; Obrigações de cada parte; Valores e condições de pagamento; Possibilidade e critérios para possíveis alterações do contrato; Prazo de duração, hipóteses de prorrogação e de rescisão; Penalidades aplicáveis; Metodologia de fiscalização do contrato e comprovação dos serviços prestados pelo contratado; e Mensuração de atividade a ser contratada, atribuindo-lhe unidade de medida, a fim de que seja possível a identificação de valores a serem pagos de acordo com a entrega contratada, sendo, então, possível atribuir valores mínimos e máximos a serem pagos de acordo com o serviço efetivamente prestado; Previsão de que o contratado emita relatório periódico (preferencialmente mensal, a depender da duração do contrato) o qual demonstre as atividades desenvolvidas, de modo a demonstrar que as mesmas guardam vínculo com o objeto do contrato e demonstre o quantitativo entregue/realizado, com vistas a se possibilitar que o pagamento seja compatível com a execução.

5.4. É vedada a subcontratação de pessoa física ou jurídica, se aquela ou os dirigentes desta mantiverem vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente da parte CONTRATANTE ou com agente público que desempenhe função nos procedimentos de seleção pública ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou se deles forem cônjuge, companheiros ou parente me linha direta, colateral, ou por afinidade, até o 3º grau.

## 6. DO ESCALONAMENTO DAS ATIVIDADES

6.1. Por se tratar o Hospital Central de Paulista uma unidade de saúde hospitalar de grande porte e detentora de serviços de alta complexidade assistencial; considerando o grande volume de atividades previstas para aquele estabelecimento de atenção à saúde; tendo em conta a necessidade de organização de fluxos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde; e com vistas a viabilizar segurança para o atendimento dos pacientes, bem como analisar a ocupação e expansão de leitos e realização de ajustes finos quanto à densidade de cuidados assistenciais, prevê abertura escalonada das atividades em duas fases, conforme seja:

6.1.1. A primeira fase, denominada de gerencial, cuja duração será de até 15 (quinze) dias após a assinatura do contrato. Seu objetivo é viabilizar que a CONTRATADA adote as providências para celebração de contratos, recrutamento de pessoal, abastecimento de insumos e enxovais, além das demais atividades inerentes à abertura de uma unidade hospitalar.

6.1.2. A segunda fase, denominada de fase atividade assistencial, será iniciada conforme seja concluída a fase gerencial.

6.1.3. Desta Forma é a previsão do escalonamento das atividades

- Cronograma do escalonamento das atividades do Hospital Central de Paulista

Fase	Mês de Execução Contratual					
	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Gerencial	X					
Assistencial	X	X	X	X	X	X

6.1.4. Para garantir segurança assistencial mínima, rastreabilidade de informação, vigilância em saúde e funcionamento básico da estrutura, são os serviços a serem ativados na fase assistencial:

I. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;

II. Comissão de Prontuário;

III. Comissão de Ética Médica;

IV. Comissão de Ética de Enfermagem;

V. Comissão de Óbito;

VI. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);

VII. Comissão de Farmácia;

VIII. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

IX. Núcleo Interno de Regulação (NIR);

X. Vigilância Epidemiológica Hospitalar – VEH;

XI. Núcleo de Gerenciamento de Resíduos;

XII. Núcleo de Manutenção Geral;

XIII. Núcleo de Engenharia Clínica; e

XIV. Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT, formalmente implantado, com coordenação e escala compatível com o volume de atividade (60,0%).

6.1.5. Em relação ao horário de funcionamento:

I. Comissões = minimamente das 08h às 17h (diariamente);

II. Núcleos estratégicos = minimamente das 08h às 17h com sobreaviso para eventos críticos;

III. CIHDOTT e setores assistenciais = funcionamento 24 horas por dia, todos os dias da semana.

## **7. DA EXECUÇÃO DE PLANO DE INVESTIMENTOS, METODOLOGIA DE COMPRAS E INCORPORAÇÃO DE PATRIMÔNIO**

7.1. No âmbito desta contratação não estão previstos repasses de recursos de investimento, pois a CONTRATANTE não vislumbra qualquer aquisição de materiais permanentes pela CONTRATADA, diante do caráter temporário da contratação.

7.1.1. Caso a CONTRATADA realize atualizações estruturais utilizando-se da verba de custeio, essas também deverão ser documentadas e encaminhadas às áreas técnicas da SES/PE (DGI/DGIIS).

7.2. No âmbito da execução das atividades da unidade de saúde, para os procedimentos de compras e demais transações que façam uso do erário, a Entidade deverá dispor de Regulamento Próprio para a Contratação de Obras e Serviços e para Aquisição de Bens com Recursos Públicos.

7.2.1. O Regulamento Próprio para a Contratação de Obras e Serviços e para Aquisição de Bens com Recursos Públicos deverá ser apresentado junto à proposta de trabalho da entidade. O referido documento deverá ser consoante às previsões do art. 25 do Decreto Estadual n.º 58.200/2025, devendo conter:

- I. Regra de pesquisa de preços de mercado a partir de sites especializados e portais na internet, além de cotações obtidas junto a fornecedores, com apresentação de, no mínimo, 3 (três) parâmetros válidos;
- II. Previsão de adoção, para obras e serviços de engenharia, de preços unitários referenciais, de memórias de cálculo e de documentos que lhe dão suporte, com os parâmetros utilizados para a obtenção dos preços e para os respectivos cálculos; e
- III. A vedação de manutenção de relacionamento comercial ou profissional da OSS com entidades privadas cujos dirigentes, diretores, sócios, gerentes colaboradores e/ou equivalentes sejam:
  - a) Agentes públicos dotados do poder de decisão; e
  - b) Cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo, adotivo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, de dirigentes e/ou equivalentes da OSS ou da unidade de saúde que detenham poder decisório.

7.2.2. A versão final do Regulamento Próprio para a Contratação de Obras e Serviços e para Aquisição de Bens com Recursos Públicos será disponibilizada no portal da transparência da Entidade.

7.3. As doações em benefício da unidade devem ter como donatário o Estado de Pernambuco, devendo o bem doado ser incorporado ao patrimônio público estadual.

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

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

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

8.3. Relatórios contábeis e financeiros, de acordo com o manual de orientações contábil-financeiro;

8.4. Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;

8.5. Relatório de Custos;

8.6. Censo de origem dos pacientes atendidos;

8.7. Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;

8.8. Outras, a serem definidas pela CONTRATANTE.

8.9. 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 atestarem a não ocorrência de demanda, enviados mensalmente pela contratada, sejam, aprovados e validados pela contratante.

8.10. Na hipótese de a contratada não atingir, em determinado trimestre, o mínimo de 85,0% (oitenta e cinco por cento) das metas pactuadas no contrato de gestão, esta será notificada para que nos dois trimestres subsequentes, adstrito ao ano orçamentário promova a respectiva compensação mediante produção excedente, conforme disposto no Art. 15-A da Lei 15.210/13 e alterações posteriores.

8.11. Quando os custos indiretos forem pagos também por outras fontes, a Organização Social de Saúde deve apresentar a memória de cálculo do rateio da despesa, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa;

8.12. Os critérios para a efetivação do disposto no segundo parágrafo do item '8.2' do Termo de Referência são disciplinados conforme disposto na Portaria SES n.º 338 de 24 de setembro de 2020, revogada pela PORTARIA SES n.º 101 DE 14 de fevereiro de 2022.

## **9. CONSTITUEM-SE OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA, ALÉM DAQUELAS CONSTANTES NO CONTRATO DE GESTÃO E DITAS NA LEI 15.210/2013 E SEU DECRETO REGULAMENTADOR, AS DEMANDAS POSTAS EM TERMO DE REFERÊNCIA, BEM COMO NA PROPOSTA DA ENTIDADE SELECIONADA:**

- I. Receber colaborativamente e com cordialidade nas unidades de saúde e Núcleo Gestor – se instituído – representantes da CTAI, a fim de que os membros e demais colaboradores que compõem a referida comissão possam proceder com seu trabalho de fiscalização, bem como demais agentes da SES/PE e/ou órgãos externos de fiscalização e controle;
- II. Participar de reuniões de instância de governança como as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB), propondo pautas quando necessário;
- III. Adotar providências para que o usuário cuja demanda não seja satisfeita no âmbito da unidade seja regulado para outro ponto de atenção;
- IV. Substituir profissionais da assistência que estejam afastados por motivo de férias ou licenças, a fim de que não haja prejuízo à continuidade da assistência;
- V. Executar atividades em consonância com protocolos deliberados pela SES sempre que houve;
- VI. Contratar serviços passíveis de terceirização na região de abrangência da unidade de saúde;

- VII. Dispor de inventariado atualizado dos mobiliários, equipamentos médicos e insumos, com informações de tombamento e setor de alocação (quando couber), bem como o estado de uso do apetrecho;
- VIII. Ser atinente às normas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, bem como Política de Humanização do SUS;
- IX. Dispor das informações dos custos das produções dos Centros de Custos instituídos, considerando o rateio e absorção dos centros de custo administrativos e intermediários;
- X. Dispor de sistema de gestão de serviços de saúde, mantendo funcional o prontuário eletrônico do paciente;
- XI. Manter atualizado o portal da Transparência da unidade, conforme deliberações do Decreto regulamentador da Lei 15.210/2013;
- XII. Ofertar campo de estágio não remunerado para indivíduos em processos formativos encaminhados pela SES/PE;
- XIII. Dispor do Núcleo de Gestão do Cuidado para acompanhamento das Ofertas de Cuidado Integrado;
- XIV. Apurar custos em saúde, bem como aferir resultados de indicadores de eficiência de desempenho;
- XV. Faturar produção apurada da unidade, conforme preceitos do Manual de Faturamento do SUS, informar produção em consonância com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP);
- XVI. Dispor de mecanismos de aferição da satisfação do usuário e acompanhante – após o atendimento – e ouvidoria;
- XVII. Caso a entidade deseje realizar intervenções na infraestrutura da unidade, estas só poderão ser feitas após anuência do gestor do contrato de gestão da SES e, em havendo mudanças estruturais, estas deverão ser comunicadas às áreas técnicas da SES com envio de atualização de planta baixa, elétrica, hidrossanitária e lógica, a depender das atualizações feitas;
- XVIII. A metodologia de subcontratação da entidade deverá prever em seus instrumentos contratuais mensuração da atividade a ser contratada, atribuindo-lhe unidade de medida, a fim de ser possível a identificação de valores a serem pagos de acordo com a entrega contratada, sendo, então, possível atribuir valores mínimos e máximos a serem pagos, de acordo com o serviço efetivamente prestado;
- XIX. Prestar informações da assistência nos moldes deliberados pela SES, utilizando-se de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's) ou relatórios estabelecidos pela CONTRATANTE;
- XX. Manter atualizadas todas as licenças, alvarás e permissões necessárias ao efetivo funcionamento da unidade;
- XXI. Não acrescer qualquer serviço que enseje aumento de gastos ao escopo de atividades a serem ofertadas no âmbito da unidade sem prévia anuência atividade pelo gestor do contrato de gestão.
- XXII. Conforme previsão do Termo de Referência utilizado na Seleção Pública, ao fim do contrato, conforme entendimento da Administração Pública, em havendo mudança da entidade responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da unidade, poderá ser instituído Núcleo de Transição da Gestão, composto por representantes da OSS que está deixando a gestão, por representantes da OSS que assumirá o objeto do novo Contrato de Gestão e agentes da Administração Pública. Neste sentido, se instituído o referido grupo de trabalho, é obrigatória a participação dos gestores da OSS deste Contrato de Gestão.
- XXIII. Em qualquer modalidade de atendimento prestado, a CONTRATADA deverá assegurar o cumprimento e a promoção dos direitos dos pacientes durante todo o processo assistencial, em conformidade com a Lei nº 15.378 de 2026. Para tanto, deverá garantir atendimento humanizado, respeito à dignidade, à privacidade e à confidencialidade das informações, bem como assegurar que o paciente seja adequadamente informado sobre sua condição de saúde, participe das decisões relativas ao seu cuidado, seja chamado pelo nome de sua preferência e tenha acesso às demais garantias previstas no Estatuto dos Direitos do Paciente; e
- XXIV. Em havendo cessão de servidores do quadro do Estado para a unidade/serviço, a CONTRATADA terá sob sua exclusiva responsabilidade técnica e operacional, a obrigação de elaborar e manter atualizado o Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT) relativo aos seus contratados, bem como dos eventuais profissionais do quadro do Estado alocados na unidade, tendo em vista que a distribuição de todos os colaboradores nos setores do estabelecimento de atenção à saúde é de governabilidade da CONTRATADA. O documento deverá ser expedido por médico do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho devidamente habilitado, nos termos do § 1º do art. 58 da Lei n.º 8.213/1991, devendo, então, a OSS, garantir que as avaliações ambientais reflitam a realidade fática das funções exercidas também pelos servidores disponibilizados, sob pena de responsabilização por eventuais inconsistências nas informações prestadas aos órgãos previdenciários, de controle, Conselhos de Classe e Sindicatos.
- 9.1. No que concerne às visitas técnicas a serem realizadas pela CTAI, descritas na alínea 'I' do item '9.', essas terão por objetivo proceder com avaliação do cumprimento contratual, com análise do cumprimento daquilo que se apresentou na proposta da CONTRATADA enquanto interessada vencedora do processo de seleção emergencial, com informes pedagógicos quanto as adequações necessárias a serem adotadas pela gestão, com análise da qualidade da manutenção da estrutura disponível (infraestrutura predial, parque tecnológico e equipamentos médico-hospitalares); da oferta de serviços (categorias profissionais e especialidades, SADT e programas especiais previstos); da efetividade e nível de implantação dos sistemas utilizados; da disponibilidade e utilização de protocolos assistenciais, de linhas de cuidado e administrativos, de qualidade; de funcionamento de serviços de apoio – mormente os terceirizados; da estrutura destinada aos colaboradores da unidade: vestiários, refeitório etc.; das normas de biossegurança; da disponibilidade e utilização de EPI's.; da existência, composição e efetivo funcionamento das comissões previstas para a unidade; da qualidade do faturamento e método utilizado; da disponibilidade, nível de implementação e utilização de prontuário eletrônico do paciente (PEP); e do dimensionamento de pessoal da unidade; do funcionamento dos mecanismos de análise de satisfação do usuário (ouvidoria e aplicação de pesquisa de satisfação).
- 9.2. No uso de suas atribuições de fiscalização, a CTAI se valerá de normativas que regem o modelo de funcionamento de serviços de saúde, minimamente:
- Utilização de saneantes;
  - Segurança do paciente
  - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
  - Saúde ocupacional;
  - Boas práticas em serviços de saúde;
  - Tratamento de resíduos de serviços de saúde;
  - Funcionamento de serviços de radiologia;
  - Uso de tecnologias em saúde em serviços de saúde;
  - Processamento de alimentos e nutrição e dietética em serviços de saúde;
  - Processamento de utensílios reutilizáveis em serviços de saúde;
  - Estrutura física das unidades de saúde;
  - Funcionamento de serviços laboratoriais;
  - Qualidade do ar;
  - Acessibilidade;
  - Higiene das mãos em serviços de saúde;
  - Disponibilidade de solução alcoólica para antisepsia das mãos em serviços de saúde;
  - Controle e pragas e vetores em serviços de saúde;
  - Funcionamento do serviço de farmácia;

- Na oportunidade das visitas, os agentes da CTAI estão autorizados a tirar fotos dos ambientes da unidade e acesso aos sistemas de gestão utilizados na unidade para confecção de seus relatórios – com o devido respeito à LGPD e não exposição de usuários ou profissionais; e
- Na oportunidade das visitas, os agentes da CTAI poderão analisar em conjunto com o(s) agente(s) designado(s) para acompanhá-los na visita as informações utilizadas para composição dos dados a serem enviados à SES/PE para demonstração do desempenho alcançado dos indicadores contratuais, de forma que, na hipótese na qual a composição dos dados esteja enviesada, a unidade será notificada para atualizar a métrica utilizada e reenviar, no prazo definido pela CTAI, nova remessa de base que seja demonstre real desenvoltura dos indicadores.

## 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 5 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades e atividades abaixo assinaladas:

- (X) Internação (Enfermarias e UTI)
- (X) Atendimento de Urgências e Emergências (adulto e pediátrico)
- (X) Atendimento Ambulatorial
- (X) Cirurgias Eletivas e de Urgência
- (X) SADT

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 destinado ao Contrato de Gestão da unidade para o exercício de 2026 (até seis parcelas) fica estimado em R\$ (\_\_\_\_\_), referente ao total de Despesas Operacionais, incluídos os custos indiretos incorridos pela gestão.

1.3.1. Sobre o total do repasse, este será feito em duas contas distintas, destinadas às respectivas finalidades: uma primeira para repasse das verbas de custeio operacional, a segunda para os repasses referentes aos recursos de provisionamento.

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** serão subdivididas da seguinte forma:

1.5.1. **70,0% (setenta por cento)** do valor mencionado no item 1.3 acima, ou seja, (\_\_\_\_\_) será repassado em até 6 (seis) parcelas mensais no valor de R\$ (\_\_\_\_\_).

1.5.2. **20,0% (vinte por cento)** do valor mencionado no item 1.3 acima, ou seja, R\$ (\_\_\_\_\_) será repassado em até 6 (seis) parcelas mensais, junto à parcela fixa, com valor mensal estimativo de R\$ (\_\_\_\_\_), 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\$ (\_\_\_\_\_), será repassado em até 6 (seis) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de R\$ (\_\_\_\_\_), sendo esses valores vinculados à avaliação dos indicadores qualitativos e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.5.4. A depender do dia da celebração do contrato de gestão, a primeira parcela será paga integralmente, enquanto a segunda ou terceira, poderá ser proporcional ao quantitativo de dias efetivamente executados de contrato do primeiro mês.

1.6. No âmbito desta presente contratação, considerando o seu caráter temporário, não haverá repasses de recursos a título de investimento à **CONTRATADA**.

1.7. A primeira parcela será paga integralmente no ato da assinatura do contrato, sendo relativa ao 1º mês de serviços a serem efetivamente executados e a 2ª parcela será paga no mês seguinte ao efetivo funcionamento, sendo que a data considerada como inicial para contagem do 1º mês de serviço será a data do efetivo início da execução dos serviços. Em sendo assim, a 2ª parcela, referente ao 2º mês de efetivo funcionamento do serviço, será paga até o 5º dia útil do mês subsequente (3º mês), da seguinte forma:

- A importância correspondente aos 70,0% (setenta por cento) correspondentes à parcela fixa será paga até o quinto dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços (3º mês); e
- Os 30,0% restantes serão repassados até o 30º dia do mês subsequente à prestação dos serviços (3º mês).

1.8. Aos recursos creditados na conta destinada ao recebimento de recursos de provisão previstos no § 4º do art. 10 da Lei Estadual n.º 15.210/2013 deverá ser dado o tratamento disciplinado na Portaria SES n.º 091, de 09 de fevereiro de 2026 – e suas eventuais atualizações, que dispõe sobre os procedimentos relativos à execução e controle dos valores correspondentes à provisão para obrigações trabalhistas dos Contratos de Gestão celebrados com Organizações Sociais de Saúde, no termos do Decreto Estadual n.º 58.200/2025 e dá outras providências.

1.9. A avaliação da parte variável vinculada à meta de produção e aos indicadores de qualidade será avaliada mensalmente e trimestralmente será consolidada. A verificação do cumprimento das metas contratuais de Produção será trimestral, já das metas dos indicadores de Qualidade 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.

1.10. 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 20,0% do valor global do contrato do referido mês de descumprimento, observado o disposto nos critérios do item 2 deste Anexo Técnico.

- 1.11. As informações apresentadas pela **CONTRATADA** para demonstrar o desempenho dos indicadores estabelecidos frente às metas estipuladas poderão ser objeto de verificação por agentes da Secretaria Estadual de Saúde – Controle Interno, agentes da Comissão Técnica de Avaliação Interna e outros que demonstrem interesse nos dados apresentados – bem como encarregados de outros do controle externo: Controladoria Geral do Estado e Tribunal de Contas do Estado, por exemplo.
- 1.12. 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 10,0% do valor global do contrato do referido mês de descumprimento, observado o disposto nos critérios do item 2 deste Anexo Técnico.
- 1.13. 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 20 do mês seguinte, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela unidade.
- 1.14. A **CONTRATADA** prestará conta dos recursos utilizados na execução de sua atividade por meio do SIPEF, cedido pelo **CONTRATANTE**, com envio de documentos e informações financeiras pertinentes sendo feito até o dia 25 do mês subsequente, ou dia útil posterior, caso a data coincida com feriado ou final de semana.
- 1.15. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais e SIH - Sistemas de Informações Hospitalares, de acordo com os prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.
- 1.16. 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.
- 1.17. 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.
- 1.18. 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.
- 1.19. 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 neste Contrato de Gestão.

## 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:

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de Consultas Médicas Realizadas em regime ambulatorial	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	2% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	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
Número de Consultas Multiprofissionais Ambulatoriais Realizadas	Acima do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	1,5% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	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
Número de saídas hospitalares	Acima do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número de atendimentos de urgência e emergência realizado por profissional médico	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	2% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número de Cirurgias Pediátricas Realizadas	Acima do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	3% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número de Neurocirurgias Pediátrica Realizadas	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	2% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	Menor que 55,0% do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

2.1.2. Os indicadores qualitativos (até 10,0% do total do valor do contrato) estão diretamente ligados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho, conforme desempenho aferido no Índice Global de Qualidade descrito no Anexo Técnico I. Para fins do valor do pagamento a ser efetuado à CONTRATADA, os respectivos indicadores gerarão uma variação proporcional especificada conforme tabela abaixo:

Pontuação no I.G.Q.	Valor a Pagar
90 a 100	10,0% do valor do Contrato de Gestão
80 a 89	8,0% do valor do Contrato de Gestão
70 a 79	6,0% do valor do Contrato de Gestão
60 a 69	4,0% do valor do Contrato de Gestão
50 a 59	2,0% do valor do Contrato de Gestão
< 50	0,0% do valor do Contrato de Gestão

2.1.2.1. Para os indicadores de qualidade de execução contratual 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.

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

2.3. Os valores percentuais apontados na coluna meta realizada na tabela acima não serão considerados como novas metas e serão utilizados apenas para definição do valor variável a ser pago, conforme especificado neste Anexo Técnico II.

**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.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

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

**MANUAL DE INDICADORES – PARTE VARIÁVEL  
CONTRATO DE GESTÃO  
DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO**

**1. INTRODUÇÃO**

1.1. Este documento descreve os indicadores que serão avaliados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco na análise para repasse de 30,0% da parte variável (indicadores de produção e qualidade) do Contrato de Gestão em seus respectivos meses de avaliação. Os indicadores das metas quantitativas relacionam-se diretamente com o quantitativo de produção de determinados procedimentos assistenciais oferecidos aos usuários da unidade, e medem aspectos relacionados à efetividade do desempenho da unidade na região na qual está inserida.

**2. METAS E INDICADORES**

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

**2.1.1. INDICADORES DE QUANTIDADE**

TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	CÓDIGOS SUS VÁLIDOS PARA O CUMPRIMENTO DA META*			VALORAÇÃO
Produção	Número de consultas médicas ambulatoriais realizadas	Total de consultas médicas ambulatoriais	Realizar <b>347 consultas médicas</b> em regime ambulatorial	03.01.01.007-2	03.01.01.029-3	03.01.01.030-7	Até 3,0% do valor do Contrato
	Número de consultas multiprofissionais ambulatoriais realizadas	Total de consultas multiprofissionais ambulatoriais	Realizar <b>1.314 consultas multiprofissionais</b> em regime ambulatorial	03.01.01.004-8	03.01.01.029-3	03.01.01.031-5	Até 2,0% do valor do Contrato
				03.11.01.001-6	03.11.02.003-8	03.01.04004-4	
				03.01.08.017-8	03.01.050.15-5		
	Número de saídas hospitalares	Total de saídas hospitalares	Atingir o quantitativo de <b>381 saídas hospitalares</b> por mês	Não se aplicam Códigos SUS, mas os registros das AIHs, devendo ser contabilizadas aquelas advindas da alta hospitalar, evasão, transferência externa, óbito ou a pedido			Até 5,0% do valor do Contrato
Número de Atendimentos de Urgência e Emergência Realizados por Profissional Médico	Total de atendimentos realizados por médicos no serviço de urgência e emergência	Realizar <b>531 atendimentos de urgência e emergência</b> por mês	Procedimentos da Forma de Organização 03.01.06., realizados por profissionais médicos da unidade, em ambiente de urgência/emergência			Até 3,0% do valor do Contrato	
Número de Cirurgias Pediátricas Realizadas	Total mensal de cirurgias pediátricas realizadas	Realizar <b>180 cirurgias pediátricas mensais</b>	04.07.02.003-9	04.07.01.023-8	04.09.04.012-6	Até 4,0% do valor do Contrato	
			04.09.04.013-4	04.07.04.016-1	04.07.02.017-9		
			04.07.02.036-5	04.07.02.038-1	04.07.02.019-5		

04.07.02.020-9	04.01.01.010-4	04.07.02.013-6
04.09.01.013-8	04.07.04.003-0	04.07.04.001-3
04.09.01.020-0	04.09.01.028-6	04.09.01.029-4
04.09.01.021-9	04.07.03.013-1	04.16.04.014-4
04.16.04.025-0	04.01.02.007-0	04.12.05.004-8
04.12.04.016-6	04.12.03.001-2	04.09.02.004-4
04.09.01.051-0	04.07.04.009-9	04.07.04.010-2
04.07.04.015-3	04.07.04.006-4	04.07.04.007-2
04.07.04.022-6		



Devem ser ofertadas, minimamente, consultas com as especialidades médicas, no seu respectivo quantitativo:

**<excerto com especialidades previstas no plano de trabalho da entidade vencedora do certame>**

e médico do trabalho para os colaboradores da unidade, especialidade que não entra no cômputo dos atendimentos da meta.

Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até **3,0%** do valor global do contrato na fase assistencial do escalonamento.

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

PROCEDIMENTO	CÓDIGOS SUS VÁLIDOS PARA O CUMPRIMENTO DA META			META MENSAL
Total de consultas médicas ambulatoriais	03.01.01.007-2	03.01.01.029-3	03.01.01.030-7	347

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

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de Consultas Médicas Realizadas em regime ambulatorial	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	2% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	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

Em não sendo a oferta compatível com as especialidades previstas no plano de trabalho da entidade que sagrar-se vencedora do certame, há-se previsão de dedução, independentemente da produção alcançada, de 0,25% do valor global do contrato para cada especialidade prevista no plano de trabalho e não ofertada mensalmente até o limite de 3,0% do valor global do contrato de gestão em todas as fases de escalonamento.

Obs.: Consultas de medicina do trabalho não computam para o cumprimento da meta deste indicador.

A meta para o este indicador é realizar, a partir da fase assistencial, 347 para consultas médicas do HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA, sendo que a oferta mínima de tais atendimentos deve ser compatível com a proposta de trabalho da CONTRATADA, a qual fará parte deste manual.

**1.1.2.2. NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS POR OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NÃO MÉDICOS**

O indicador em questão refletirá a quantidade de consultas multiprofissionais ambulatoriais realizadas, mês a mês, em conformidade com a quantidade especificada no contrato celebrado.

Devem ser ofertadas, minimamente, consultas multiprofissionais, nos seus respectivos quantitativos.

Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até **2,0%** do valor global do contrato na fase assistencial do escalonamento. As informações de produção serão informadas mensalmente, até o 25º dia do mês subsequente à produção, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC deliberada pela contratante.

A meta para este indicador é realizar 1.314 consultas não médicas mensais na fase assistencial do escalonamento previsto.

Para fins de cumprimento da meta pactuada, serão consideradas as consultas multiprofissionais ambulatoriais realizadas no ambulatório central da unidade, abrangendo, portanto, o conjunto de ambulatórios de especialidades da unidade de saúde. Neste sentido, serão computados os atendimentos individual ou em grupo, presencial ou à distância (telessaúde) da modalidade ambulatorial dos procedimentos realizados pelas categorias profissionais abaixo informadas.

Será aferido mensalmente e visa a apresentação das informações de produção do quantitativo de atendimentos por categoria profissional.

São as categorias profissionais a serem ofertadas: Enfermeiro, Enfermeiro Estomatoterapeuta, Psicólogo, Nutricionista e Fonoaudiólogo, Assistente Social.

PROCEDIMENTO	CÓDIGOS SUS VÁLIDOS PARA O CUMPRIMENTO DA META			META MENSAL
Total de consultas multiprofissionais ambulatoriais	03.01.01.004-8	03.01.01.029-3	03.01.01.031-5	1.314
	03.11.01.001-6	03.11.02.003-8	03.01.04004-4	
	03.01.08.017-8	03.01.050.15-5		

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

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de Consultas Multiprofissionais Ambulatoriais Realizadas	Acima do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	1,5% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	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

### 1.1.2.3. NÚMERO DE SAÍDAS HOSPITALARES

O indicador de saídas hospitalares vai identificar a quantidade de saídas hospitalares – aquelas que gerem AIH's – ocorridas na unidade mês a mês em conformidade com a quantidade especificada no contrato celebrado.

Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde até **5,0%** do valor global do contrato. As informações de produção serão informadas mensalmente, até o dia 20 do mês subsequente à produção, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC delibera pela contratante.

Não se aplicam Códigos SUS, mas os registros das AIHs, devendo ser contabilizadas aquelas advindas da alta hospitalar, evasão, transferência externa, óbito ou a pedido.

A meta para este indicador é realizar **381 na fase assistencial do escalonamento**, saídas hospitalares, por mês no HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA.

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de saídas hospitalares	Acima do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

### 1.1.2.4. NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REALIZADOS POR PROFISSIONAL MÉDICO

O indicador Atendimentos de Urgência e Emergência vai demonstrar a quantidade de Atendimentos de Urgência e Emergência realizados pela unidade mês a mês em conformidade com o quantitativo especificado no contrato celebrado.

Para efeitos de monitoramento, entende-se por atendimentos de Urgência/Emergência aqueles realizados por profissional médico no Serviço de Urgência/emergência da unidade, isso é, procedimentos da forma de organização 03.01.06 da tabela SUS, realizados por médicos.

Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até 3,0% do valor global do contrato em todas as fases do escalonamento. As informações de produção serão informadas mensalmente, até o dia 20 do mês subsequente à produção, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC delibera pela contratante.

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de atendimentos de urgência e emergência realizado por profissional médico	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	2% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

A meta para este indicador é realizar **531** atendimentos de urgência e emergência em todas as fases de escalonamento, realizado por profissional médico por mês no HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA.

### 1.1.2.5. NÚMERO DE CIRURGIAS PEDIÁTRICAS REALIZADA

O indicador em questão tem por intento aferir o quantitativo de cirurgias eletivas e de urgência e emergência de Cirurgias Pediátricas realizadas mensalmente, sendo consideradas as cirurgias classificadas como procedimento principal e procedimento secundário da tabela de procedimentos do SUS. Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde até 4,0% do valor global do contrato para a fase assistencial do escalonamento.

A meta para o indicador é a realização de **180** cirurgias pediátricas na fase assistencial do escalonamento, conforme quadro:

TIPO DE CIRURGIA	CÓDIGO DE PROCEDIMENTOS/FORMA DE ORGANIZAÇÃO/SUBGRUPO (TABELA SUS)			META MENSAL
Número de Cirurgias Pediátricas Realizadas	04.07.02.003-9	04.07.01.023-8	04.09.04.012-6	180
	04.09.04.013-4	04.07.04.016-1	04.07.02.017-9	
	04.07.02.036-5	04.07.02.038-1	04.07.02.019-5	

04.07.02.020-9	04.01.01.010-4	04.07.02.013-6
04.09.01.013-8	04.07.04.003-0	04.07.04.001-3
04.09.01.020-0	04.09.01.028-6	04.09.01.029-4
04.09.01.021-9	04.07.03.013-1	04.16.04.014-4
04.16.04.025-0	04.01.02.007-0	04.12.05.004-8
04.12.04.016-6	04.12.03.001-2	04.09.02.004-4
04.09.01.051-0	04.07.04.009-9	04.07.04.010-2
04.07.04.015-3	04.07.04.006-4	04.07.04.007-2
04.07.04.022-6		

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

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de Cirurgias Pediátricas Realizadas	Acima do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	3% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

#### 1.1.2.6. NÚMERO DE NEUROCIRURGIAS (ADULTO E PEDIÁTRICO) REALIZADAS

O indicador em questão tem por intento aferir o quantitativo de cirurgias eletivas e de urgência e emergência realizadas mensalmente, segundo a especialidade, sendo consideradas as cirurgias classificadas como procedimento principal e procedimento secundário da tabela de procedimentos do SUS. Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até **3,0%** do valor global do contrato na fase assistencial do escalonamento. A meta para este indicador é realizar **15** na fase assistencial de neurocirurgias pediátricas.

É o elenco de códigos SUS que irão computar para o procedimento:

TIPO DE CIRURGIA	CÓDIGO DE PROCEDIMENTOS/FORMA DE ORGANIZAÇÃO/SUBGRUPO (TABELA SUS)			META MENSAL
Neurocirurgias pediátricas - incluindo neurocirurgias da coluna realizadas	04.03.04.001-9	04.03.01.001-2	04.03.01.002-0	15
	04.03.01.003-9	04.03.01.004-7	04.03.01.005-5	
	04.03.01.006-3	04.03.01.007-1	04.03.01.008-0	
	04.03.01.009-8	04.03.01.010-1	04.03.01.009-8	
	04.03.01.011-0	04.03.01.011-0	04.03.04.002-7	
	04.03.01.039-0	04.03.02.001-8	04.03.02.002-6	
	04.03.04.006-0	04.03.04.005-1	04.03.01.012-8	
	04.03.01.013-6	04.03.02.003-4	04.03.02.004-2	
	04.03.03.008-0	04.03.03.010-2	04.03.04.009-4	
	04.03.04.011-6	04.03.04.010-8	04.03.04.012-4	
	04.03.03.011-0	04.03.04.005-1	04.03.04.006-0	
	04.03.04.007-8	04.03.02.006-9	04.03.02.007-7	
	04.03.02.008-5	04.03.02.009-3	04.15.02.007-7	
	04.03.01.014-4	04.03.01.015-2	04.03.03.016-1	
	04.03.01.016-0	04.03.01.017-9	04.03.01.018-7	

04.03.05.010-3	04.03.02.010-7	04.03.01.019-5
04.03.01.020-9	04.03.01.021-7	04.03.01.022-5
04.03.01.023-3	04.03.04.008-6	04.03.01.024-1
04.03.01.025-0	04.03.01.026-8	04.03.01.027-6
04.03.01.028-4	04.03.01.029-2	04.03.01.030-6
04.03.01.031-4	04.03.02.011-5	04.03.01.032-2
04.03.01.033-0	04.03.02.012-3	04.03.05.015-4
04.03.02.013-1	04.03.01.034-9	04.03.01.036-5
04.03.01.035-7	04.08.03.011-9	04.08.03.007-0
04.08.03.013-5	04.08.03.014-3	04.08.03.016-0
04.08.03.015-1	04.08.03.017-8	04.08.03.018-6
04.08.03.019-4	04.08.03.026-7	04.08.03.029-1
04.08.03.027-5	04.08.03.030-5	04.08.03.028-3
04.08.03.038-0	04.08.03.041-0	04.08.03.037-2

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

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de Neurocirurgias pediátrica	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	2% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	Menor que 55,0% do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

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

Trata-se de indicador não valorado, que tem como meta a apresentação de informações da oferta, agendamento e produção de procedimentos dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, devendo a oferta mínima ser compatível com a execução em número e qualidade suficiente e necessária ao diagnóstico do paciente assistido, com vistas aos princípios da eficiência da Administração e equidade do SUS. As informações deverão ser prestadas por meio do SIMAS, com transmissão dos dados inerentes ao SADT do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** até o 20º dia do mês subsequente à execução da atividade.

Procedimento		Observação
Descrição	Procedimento/Forma de Organização/Subgrupo (Tabela SUS)	
Biópsias	Forma de Organização 02.01.01	
Análises Clínicas	Subgrupos 02.02, 02.12, 02.13 e 02.14	Atividade terceirizada e disponível 24 horas, todos os dias da semana
Anatomia Patológica	Forma de Organização 02.03.02	Atividade terceirizada
Radiografia Geral e Contrastada	Subgrupo 02.04	Disponível 24 horas, todos os dias da semana, conforme perfil assistencial descrito. Não estão incluídos os procedimentos de mamografia e densitometria óssea
Ecocardiografia Transesofágica	02.05.01.002-4	
Ecocardiografia Transtorácica	02.05.01.003-2	Disponível 24 horas, todos os dias da semana

Ultrassonografia com Doppler	02.050.1.004-0	Disponível 24 horas, todos os dias da semana
Ultrassonografia Geral	Subgrupo 02.05, exceto 02.05.01.004-0, 02.05.01.002-4 e 02.05.01.003-2	Disponível 24 horas, todos os dias da semana, conforme perfil assistencial descrito
Tomografia Computadorizada (com ou sem contraste e com ou sem sedação)	Subgrupo 02.06	Disponível 24 horas, todos os dias da semana, conforme perfil assistencial descrito. Não está incluído o procedimento de PET-CT
Ressonância Magnética (com ou sem contraste e com ou sem sedação)*	Subgrupo 02.07	Disponível 24 horas, todos os dias da semana, conforme perfil assistencial descrito
Colangiopancreatografia Retrógrada (via endoscópica)	02.09.01.001-0	
Endoscopia Digestiva Alta	02.09.01.003-7	Disponível 24 horas, todos os dias da semana
Colonoscopia	02.09.01.002-9	
Broncoscopia	02.09.04.001-7	
Traqueoscopia	02.09.04.003-3	
Arteriografia (hemodinâmica)	Forma de Organização 02.10.01	Disponível 12 horas diurnas, todos os dias da semana
Eletrocardiograma	02.11.02.003-6	
Eletroencefalograma	02.11.05.002-4	
	02.11.05.003-2	
	02.11.05.005-9	
	02.11.05.004-0	

## 2. INDICADORES DE QUALIDADE

2.1. A Avaliação do desempenho da qualidade dar-se-á por meio da avaliação de indicadores concatenados que compõem o Índice Global de Qualidade. Esses indicadores se relacionam com: qualidade da assistência à saúde, eficiência da gestão hospitalar, vigilância do óbito, atenção ao usuário, transparência das informações e educação permanente em saúde.

2.2. A partir do desempenho aferido a partir do resultado da pontuação obtida no Índice Global de Qualidade, será o percentual da parte variável correspondente aos Indicadores de Qualidade a ser pago:

Pontuação no I.G.Q.	Valor a Pagar
90 a 100	10,0% do valor do Contrato de Gestão
80 a 89	8,0% do valor do Contrato de Gestão
70 a 79	6,0% do valor do Contrato de Gestão
60 a 69	4,0% do valor do Contrato de Gestão
50 a 59	2,0% do valor do Contrato de Gestão
< 50	0,0% do valor do Contrato de Gestão

2.3. São as fichas dos indicadores de qualidade que compõem o referido índice – já descrito no Anexo Técnico I:

PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES HOSPITALARES RELACIONADAS AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, OCORRIDAS EM ATÉ 30 DIAS APÓS A ALTA.

<b>Nome</b>	<b>Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta</b>
<b>Conceituação</b>	Percentual de pacientes que foram reinternados no hospital em até 30 dias após a alta hospitalar decorrente de procedimento cirúrgico, por motivo clinicamente relacionado à cirurgia realizada.
<b>Importância</b>	Indicador essencial para monitorar a eficácia dos protocolos de controle de infecção, garantindo que as cirurgias, especialmente as limpas, sejam realizadas de maneira segura e eficaz. A redução dessa taxa resulta em melhores resultados para os pacientes, menores custos hospitalares e maior qualidade no cuidado prestado.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de reinternações que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas cirúrgicas que constam no denominador (saídas no mês anterior ao mês de competência).</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivo do internamento compatível com complicações pós-operatórias (ex: infecção de sítio cirúrgico, deiscência, hemorragia, tromboembolismo, etc.);</li> <li>• Internamento hospitalar (não inclui atendimentos ambulatoriais ou em pronto atendimento sem internação).</li> <li>• Reinternações hospitalares ocorridas no mesmo estabelecimento, dentro de 30 dias corridos, com diagnóstico relacionado ao procedimento cirúrgico inicial, conforme CID</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos;</li> <li>• Reinternações eletivas programadas ou previamente agendadas no momento da alta;</li> <li>• Reinternações em até 30 dias por trauma ou outra condição aguda não relacionada à cirurgia inicial.</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Total de saídas cirúrgicas no mês anterior ao mês de competência.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico hospitalar (eletivo ou de urgência/emergência);</li> <li>• Alta hospitalar ocorrida no período de análise (ex: mês, trimestre, ano);</li> <li>• Alta com <b>condição de alta definitiva</b> (exclui transferências);</li> <li>• Procedimentos realizados em centro cirúrgico (cirurgias propriamente ditas, não procedimentos ambulatoriais ou de diagnóstico).</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se aplica</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para a estratificação das reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída do seu primeiro internamento.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fonte de dados:</b> As informações para cálculo deste indicador deverão ser extraídas, preferencialmente, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), com base nos registros de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), e complementadas por dados do prontuário eletrônico e dos sistemas de gestão da unidade, quando necessário.</li> <li>• A contagem do prazo de 30 dias tem início no <b>dia seguinte à data da alta hospitalar</b> do paciente. A unidade de análise será a <b>coorte mensal de altas hospitalares</b> decorrentes de procedimento cirúrgico. A reinternação deve ocorrer <b>na mesma unidade hospitalar</b> e ser registrada no mesmo sistema de informação hospitalar (ex: SIH-SUS), com codificação compatível com complicações cirúrgicas.</li> <li>• A contratada deverá consolidar e enviar os dados por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra solução tecnológica definida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), respeitando os prazos e formatos estabelecidos pela contratante.</li> </ul> <p><b>Referência da meta:</b>  <b>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil).</b> <i>Ficha técnica - Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.</i> Qualiss. [S.I.], 1 abr. 2018. p. 1–5.</p> <p><b>Referências:</b>  <b>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</b> <i>Sítio cirúrgico: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde.</i> Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde; Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Brasília: Anvisa, 2009.  <b>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</b> <i>Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde.</i> Brasília: Anvisa, 2017.</p>

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA À CATETER VESICAL DE DEMORA EM UTI ADULTO

<b>Nome</b>	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Adulto/UTI Pediátrica
<b>Conceituação</b>	Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
<b>Importância</b>	O acompanhamento da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora (ITU-CVD) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui um componente essencial da vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), bem como do monitoramento da qualidade e da segurança do cuidado prestado em ambientes críticos. A infecção urinária associada a CVD é uma das IRAS mais prevalentes em UTIs, estando fortemente relacionada ao uso prolongado e/ou inadequado do dispositivo, à adoção de técnicas assépticas inadequadas durante a inserção e a manutenção, bem como a falhas na aplicação de protocolos.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 1.000
<b>Definições</b>	<p><b>Fórmula do cálculo:</b> (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000</p> <p>Estratificar os dados da fórmula em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de terapia intensiva (UTI) adulto / pediátrica.</li> </ul> <p><b>a) Numerador:</b> Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário;</li> <li>• O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior;</li> <li>• Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que utilizam cateter duplo J;</li> <li>• Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de demora, como cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente;</li> <li>• Pacientes admitidos na UTI já com cateter vesical de demora instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI)</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A caracterização de infecção do trato urinário (ITU) associada ao uso de cateter vesical de demora (CVD) deverá obrigatoriamente seguir os <b>critérios diagnósticos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)</b>, conforme descrito no <b>Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), nº 01 / 2024</b>.</li> <li>• Os casos deverão ser validados pela <b>Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)</b> da unidade, com base em registros clínicos, laboratoriais e de dispositivos, assegurando uniformidade, rastreabilidade e comparabilidade dos dados.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b> A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo.</p> <p><b>Definições:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cateter Vesical de Demora (CVD): considera-se aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Observação 03:</b> O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de trato urinário associada a cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD. Quanto menor a taxa de infecção de trato urinário associada a CVD, melhor.</p> <p><b>Observação 04:</b> Pacientes que chegam à UTI já com o dispositivo cateter vesical de demora ou sonda de Foley <b>não são incluídos no cálculo do indicador</b>, pois a instalação inicial do dispositivo não foi realizada pela equipe da UTI e, portanto, não reflete a qualidade da assistência da unidade.</p> <p>Caso o paciente seja <b>removido do dispositivo e posteriormente re-inserido na UTI</b>, a contagem de pacientes-dia e potenciais eventos de infecção associada ao dispositivo <b>começa a partir da reinserção feita na própria UTI</b>, garantindo que o indicador avalie exclusivamente a assistência prestada pela unidade.</p> <p><b>NOTA:</b></p> <p>Todos os pacientes internados em unidades de terapia intensiva devem ser monitorados de forma sistemática quanto ao uso de dispositivos invasivos, com a adoção de medidas preventivas fundamentadas em evidências científicas, em conformidade com as recomendações do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), visando à redução do risco de infecções associadas e à garantia da segurança do paciente.</p> <p><b>Referência da meta:</b> Para definição da meta foram considerados dois parâmetros complementares: (i) média histórica do indicador nos últimos três anos (2021–2023), utilizada para contextualizar o desempenho</p>

da unidade; e (ii) percentis 50 e 75 ( UTI adulto), 75 e 90 (UTI pediátrica) para do consolidado estadual/ANVISA no ano de 2023, empregados como referência comparativa para definição dos limites de corte (desempenho esperado e desempenho superior).

A meta final resulta do alinhamento entre esses parâmetros, assegurando que seja factível (com base no histórico próprio) e desafiadora (com base em benchmark atualizado).

**Referências:**

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

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

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

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

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

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

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

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA À CATETER VESICAL DE DEMORA EM UTI PEDIÁTRICA

<b>Nome</b>	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Adulto/UTI Pediátrica
<b>Conceituação</b>	Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
<b>Importância</b>	O acompanhamento da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora (ITU-CVD) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui um componente essencial da vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), bem como do monitoramento da qualidade e da segurança do cuidado prestado em ambientes críticos. A infecção urinária associada a CVD é uma das IRAS mais prevalentes em UTIs, estando fortemente relacionada ao uso prolongado e/ou inadequado do dispositivo, à adoção de técnicas assépticas inadequadas durante a inserção e a manutenção, bem como a falhas na aplicação de protocolos.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 1.000
<b>Definições</b>	<p><b>Fórmula do cálculo:</b> (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000</p> <p>Estratificar os dados da fórmula em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de terapia intensiva (UTI) adulto / pediátrica.</li> </ul> <p><b>a) Numerador:</b> Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário;</li> <li>• O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior;</li> <li>• Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que utilizam cateter duplo J;</li> <li>• Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de demora, como cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente;</li> <li>• Pacientes admitidos na UTI já com cateter vesical de demora instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI)</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A caracterização de infecção do trato urinário (ITU) associada ao uso de cateter vesical de demora (CVD) deverá obrigatoriamente seguir os <b>critérios diagnósticos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)</b>, conforme descrito no <b>Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), nº 01 / 2024</b>.</li> <li>• Os casos deverão ser validados pela <b>Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)</b> da unidade, com base em registros clínicos, laboratoriais e de dispositivos, assegurando uniformidade, rastreabilidade e comparabilidade dos dados.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b> A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo.</p> <p><b>Definições:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cateter Vesical de Demora (CVD): considera-se aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Observação 03:</b> O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de trato urinário associada a cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD. Quanto menor a taxa de infecção de trato urinário associada a CVD, melhor.</p> <p><b>Observação 04:</b> Pacientes que chegam à UTI já com o dispositivo cateter vesical de demora ou sonda de Foley são <b>incluídos no cálculo do indicador</b>, pois a instalação inicial do dispositivo não foi realizada pela equipe da UTI e, portanto, não reflete a qualidade da assistência da unidade.</p> <p>Caso o paciente seja <b>removido do dispositivo e posteriormente re-inserido na UTI</b>, a contagem de pacientes-dia e potenciais eventos de infecção associada ao dispositivo <b>começa a partir da reinserção feita na própria UTI</b>, garantindo que o indicador avalie exclusivamente a assistência prestada pela unidade.</p> <p><b>NOTA:</b></p> <p>Todos os pacientes internados em unidades de terapia intensiva devem ser monitorados de forma sistemática quanto ao uso de dispositivos invasivos, com a adoção de medidas preventivas fundamentadas em evidências científicas, em conformidade com as recomendações do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), visando à redução do risco de infecções associadas e à garantia da segurança do paciente.</p>

<p><b>Referência da meta:</b> Para definição da meta foram considerados dois parâmetros complementares: (i) média histórica do indicador nos últimos três anos (2021–2023), utilizada para contextualizar o desempenho da unidade; e (ii) percentis 50 e 75 ( UTI adulto), 75 e 90 (UTI pediátrica) para do consolidado estadual/ANVISA no ano de 2023, empregados como referência comparativa para definição dos limites de corte (desempenho esperado e desempenho superior).</p> <p>A meta final resulta do alinhamento entre esses parâmetros, assegurando que seja factível (com base no histórico próprio) e desafiadora (com base em benchmark atualizado).</p>
<p><b>Referências:</b></p> <p><b>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP).</b> <i>Observatório ANAHP</i>. 3. ed. São Paulo: ANAHP, 2011.</p> <p><b>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP).</b> <i>Observatório ANAHP 2019: publicação anual</i>. 11. ed. São Paulo: ANAHP, 2019.</p> <p><b>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</b> <i>Instrução Normativa n.º 4, de 24 de fevereiro de 2010</i>. Brasília: Anvisa, 2010.</p> <p><b>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</b> <i>Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde</i>. Brasília: Anvisa, set. 2010.</p> <p><b>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</b> <i>Segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde: indicador nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde. Boletim Informativo</i>, v. 1, n. 3, Brasília, 2011.</p> <p><b>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</b> <i>Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva</i>. Nota Técnica GVIMS/GGTES n.º 03/2019. Brasília: Anvisa, 2019.</p> <p><b>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</b> <i>Critérios diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde</i>. Resolução n.º 07, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010.</p>

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA, LABORATORIALMENTE, ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EM UTI ADULTO

<b>Nome</b>	Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, Associada à Cateter Venoso Central em UTI Adulto / UTI Neonatal
<b>Conceituação</b>	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 denominador permite o ajuste do tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a ocorrência dessa infecção. 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 avaliação mais precisa do risco e da qualidade do cuidado prestado em cada grupo populacional.
<b>Importância</b>	Indicador essencial para o controle de infecções hospitalares. Ele reflete diretamente as práticas de cuidados intensivos e contribui para a melhoria da qualidade assistencial nas UTIs. Monitorar e reduzir essa taxa é fundamental para a segurança do paciente e para garantir um atendimento eficaz e com menor risco de complicações associadas a infecções graves.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 1000
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês.</p> <p><b>Critérios de inclusão :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.).</li> <li>• Pacientes admitidos na UTI já com cateter venoso central instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI).</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.</li> <li>• A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo.</li> <li>• Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.</li> <li>• NÃO são considerados cateteres centrais para fins de notificação de dados de IPCSL: fístula arteriovenosa, enxerto arteriovenoso, cateteres atriais (também conhecidos como 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.</li> <li>• Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.</li> <li>• Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 75 e 90 para o ano de 2023.</li> <li>• Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (ANVISA), nº 01 / 2024.</li> </ul> <p><b>Definições:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cateter central: dispositivo intravascular utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação esteja posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquiocefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e em recém-nascidos todo cateter umbilical venoso ou arterial.</li> </ul> <p>→ Tipos de cateteres centrais para fins de vigilância epidemiológica:</p>

- Cateter central permanente: 1) cateter tunelizado, incluindo o cateter tunelizado de hemodiálise; 2) cateter totalmente implantável, incluindo ports.
  - Cateter central temporário: cateter não tunelizado, cateter não implantável, incluindo cateter temporário para hemodiálise.
  - Cateter central de inserção periférica (PICC): dispositivo intravenoso, introduzido através de uma veia superficial ou profunda de um membro superior ou inferior até o terço distal da veia cava superior ou proximal da veia cava inferior.
  - Cateter umbilical: dispositivo vascular central inserido por meio da artéria ou veia umbilical em neonatos. Todos os cateteres umbilicais são considerados cateteres centrais).
- Cateter Venoso Central (CVC): cateter vascular inserido no coração ou próximo dele ou em grandes vasos para infusão de medicamentos ou nutrição, coleta de sangue ou monitorização hemodinâmica. São considerados grandes vasos: artérias pulmonares, veia cava superior, veia cava inferior, tronco braquiocefálico, veias jugulares internas, veias subclávias, veia ilíaca externa e veia femoral. Em neonatos, cateteres umbilicais são considerados centrais.

→ **Medidas de Prevenção de Infecção por Cateter Venoso Central (CVC)**

Conforme protocolos vigentes da ANVISA, CDC e CCIH, a contratada deverá adotar práticas sistemáticas para minimizar o risco de infecção da corrente sanguínea associada a CVC (CLABSI). Entre as principais medidas estão: inserção do cateter apenas quando estritamente necessário, uso rigoroso de técnica asséptica durante a inserção e manutenção, higienização adequada das mãos, escolha criteriosa do sítio de inserção, desinfecção da pele com antisséptico apropriado, troca regular de curativos, limpeza de conexões antes do acesso, uso de cateteres especiais quando indicado, treinamento contínuo da equipe e monitoramento diário do paciente e do dispositivo. A contratada deverá aplicar "care bundles" recomendados por protocolos, registrar e reportar diariamente dados de infecção e dias de cateter, e adotar medidas corretivas sempre que identificadas falhas.

**Observação:**

Pacientes que chegam à UTI já com o dispositivo cateter venoso central, não são incluídos no cálculo do indicador, pois a instalação inicial do dispositivo não foi realizada pela equipe da UTI e, portanto, não reflete a qualidade da assistência da unidade.

Caso o paciente seja removido do dispositivo e posteriormente re-inserido na UTI, a contagem de pacientes-dia e potenciais eventos de infecção associada ao dispositivo começa a partir da reinserção feita na própria UTI, garantindo que o indicador avalie exclusivamente a assistência prestada pela unidade.

**NOTA:**

Todos os pacientes internados em unidades de terapia intensiva devem ser monitorados de forma sistemática quanto ao uso de dispositivos invasivos, com a adoção de medidas preventivas fundamentadas em evidências científicas, em conformidade com as recomendações do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), visando à redução do risco de infecções associadas e à garantia da segurança do paciente.

**Referência da meta:** Para definição da meta foram considerados dois parâmetros complementares: (i) média histórica do indicador nos últimos três anos (2021–2023), utilizada para contextualizar o desempenho da unidade; e utilizados os percentis 75 e 90 do consolidado estadual/ANVISA no ano de 2023, empregados como referência comparativa para definição dos limites de corte (desempenho esperado e desempenho superior).

A meta final resulta do alinhamento entre esses parâmetros, assegurando que seja factível (com base no histórico próprio) e desafiadora (com base em benchmark atualizado).

**Referências:**

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

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA, LABORATORIALMENTE, ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EM UTI PEDIÁTRICA.

<b>Nome</b>	Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, Associada à Cateter Venoso Central em UTI Adulto / UTI Neonatal
<b>Conceituação</b>	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 denominador permite o ajuste do tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a ocorrência dessa infecção. 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 avaliação mais precisa do risco e da qualidade do cuidado prestado em cada grupo populacional.
<b>Importância</b>	Indicador essencial para o controle de infecções hospitalares. Ele reflete diretamente as práticas de cuidados intensivos e contribui para a melhoria da qualidade assistencial nas UTIs. Monitorar e reduzir essa taxa é fundamental para a segurança do paciente e para garantir um atendimento eficaz e com menor risco de complicações associadas a infecções graves.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 1000
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês.</p> <p><b>Critérios de inclusão :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.).</li> <li>• Pacientes admitidos na UTI já com cateter venoso central instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI).</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.</li> <li>• A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo.</li> <li>• Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.</li> <li>• NÃO são considerados cateteres centrais para fins de notificação de dados de IPCSL: fístula arteriovenosa, enxerto arteriovenoso, cateteres atriais (também conhecidos como 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.</li> <li>• Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.</li> <li>• Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 75 e 90 para o ano de 2023.</li> <li>• Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (ANVISA), nº 01 / 2024.</li> </ul> <p><b>Definições:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cateter central: dispositivo intravascular utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação esteja posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquiocefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e em recém-nascidos todo cateter umbilical venoso ou arterial.</li> </ul> <p>→ Tipos de cateteres centrais para fins de vigilância epidemiológica:</p>

- Cateter central permanente: 1) cateter tunelizado, incluindo o cateter tunelizado de hemodiálise; 2) cateter totalmente implantável, incluindo ports.
  - Cateter central temporário: cateter não tunelizado, cateter não implantável, incluindo cateter temporário para hemodiálise.
  - Cateter central de inserção periférica (PICC): dispositivo intravenoso, introduzido através de uma veia superficial ou profunda de um membro superior ou inferior até o terço distal da veia cava superior ou proximal da veia cava inferior.
  - Cateter umbilical: dispositivo vascular central inserido por meio da artéria ou veia umbilical em neonatos. Todos os cateteres umbilicais são considerados cateteres centrais).
- Cateter Venoso Central (CVC): cateter vascular inserido no coração ou próximo dele ou em grandes vasos para infusão de medicamentos ou nutrição, coleta de sangue ou monitorização hemodinâmica. São considerados grandes vasos: artérias pulmonares, veia cava superior, veia cava inferior, tronco braquiocefálico, veias jugulares internas, veias subclávias, veia ilíaca externa e veia femoral. Em neonatos, cateteres umbilicais são considerados centrais.

→ **Medidas de Prevenção de Infecção por Cateter Venoso Central (CVC)**

Conforme protocolos vigentes da ANVISA, CDC e CCIH, a contratada deverá adotar práticas sistemáticas para minimizar o risco de infecção da corrente sanguínea associada a CVC (CLABSI). Entre as principais medidas estão: inserção do cateter apenas quando estritamente necessário, uso rigoroso de técnica asséptica durante a inserção e manutenção, higienização adequada das mãos, escolha criteriosa do sítio de inserção, desinfecção da pele com antisséptico apropriado, troca regular de curativos, limpeza de conexões antes do acesso, uso de cateteres especiais quando indicado, treinamento contínuo da equipe e monitoramento diário do paciente e do dispositivo. A contratada deverá aplicar "care bundles" recomendados por protocolos, registrar e reportar diariamente dados de infecção e dias de cateter, e adotar medidas corretivas sempre que identificadas falhas.

**Observação:**

Pacientes que chegam à UTI já com o dispositivo cateter venoso central, não são incluídos no cálculo do indicador, pois a instalação inicial do dispositivo não foi realizada pela equipe da UTI e, portanto, não reflete a qualidade da assistência da unidade.

Caso o paciente seja removido do dispositivo e posteriormente re-inserido na UTI, a contagem de pacientes-dia e potenciais eventos de infecção associada ao dispositivo começa a partir da reinserção feita na própria UTI, garantindo que o indicador avalie exclusivamente a assistência prestada pela unidade.

**NOTA:**

Todos os pacientes internados em unidades de terapia intensiva devem ser monitorados de forma sistemática quanto ao uso de dispositivos invasivos, com a adoção de medidas preventivas fundamentadas em evidências científicas, em conformidade com as recomendações do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), visando à redução do risco de infecções associadas e à garantia da segurança do paciente

**Referência da meta:** Para definição da meta foram considerados dois parâmetros complementares: (i) média histórica do indicador nos últimos três anos (2021–2023), utilizada para contextualizar o desempenho da unidade; e utilizados os percentis 75 e 90 do consolidado estadual/ANVISA no ano de 2023, empregados como referência comparativa para definição dos limites de corte (desempenho esperado e desempenho superior).

A meta final resulta do alinhamento entre esses parâmetros, assegurando que seja factível (com base no histórico próprio) e desafiadora (com base em benchmark atualizado).

**Referências:**

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

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO:

Nome	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em UTI Adulto / UTI Neonatal
Conceituação	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.
Importância	É um importante indicador para a gestão da qualidade e segurança do paciente em UTIs. Monitorá-la ajuda a identificar problemas de prevenção e controle de infecções, e pode orientar as equipes de saúde em estratégias para reduzir a incidência de infecções associadas à ventilação mecânica. Além disso, é um parâmetro essencial para garantir que os cuidados prestados em ambientes críticos sejam sempre os mais eficazes e seguros.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
Definição	<p><b>a) Numerador:</b> Número de casos de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), diagnosticados segundo os critérios clínico-epidemiológicos e laboratoriais da ANVISA, em pacientes que iniciaram ventilação mecânica na UTI, no período de análise.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casos de <b>pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)</b> diagnosticados em pacientes internados na UTI (adulto ou neonatal) <b>que iniciaram a ventilação mecânica na própria UTI;</b></li> <li>• Pneumonia em paciente sob VM por <b>≥ 48h</b> na UTI;</li> <li>• Paciente em VM na data do diagnóstico ou que havia sido retirada da VM até o dia anterior.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casos de pneumonia em pacientes que já estavam em VM no momento da admissão na UTI;</li> <li>• Pneumonias de início fora da UTI (ex.: adquirida na comunidade, enfermaria, pronto-socorro);</li> <li>• Dispositivos de ventilação e expansão pulmonar que fornece pressão positiva para as vias aéreas por meios não invasivos (por exemplo: máscara nasal, máscara facial, cateter de alto fluxo CPAP, BIPAP etc.) não são considerados ventiladores mecânicos, a menos que a pressão positiva seja fornecida por via aérea artificial (tubo endotraqueal oral / nasal ou tubo de traqueostomia).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Número de pacientes-dia em ventilação mecânica na UTI, considerando apenas aqueles que iniciaram ventilação mecânica na própria UTI, no período de análise.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pacientes-dia em ventilação mecânica na UTI</b>, considerando somente os pacientes que <b>iniciaram a VM na própria UTI;</b></li> <li>• Cada dia em VM conta até o desmame, óbito ou alta da UTI.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dias em que o paciente não esteve em ventilação mecânica invasiva;</li> <li>• Pacientes em outras unidades que não a UTI;</li> <li>• Pacientes admitidos na UTI em uso prévio de ventilação mecânica, oriundos de outra unidade assistencial ou instituição de saúde.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventilador mecânico: dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal.</li> <li>• Em caso de reintubação, considerar novo episódio de ventilação mecânica se o intervalo entre a extubação e nova intubação for superior a 48 horas. Nesse caso, reinicia-se a contagem de D1.</li> <li>• A validação dos casos de PAV deve ser realizada por profissionais treinados em vigilância epidemiológica hospitalar, preferencialmente sob a coordenação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com base nos critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que chegam à UTI já intubados não são incluídos no cálculo da densidade de incidência de PAV. Caso o paciente seja extubado e posteriormente reintubado na UTI, a contagem de pacientes-dia em ventilação mecânica e potenciais casos de PAV começa a partir da reintubação feita na própria UTI, garantindo que o indicador reflita exclusivamente a qualidade da assistência ventilatória prestada pela unidade.</li> </ul> <p><b>• PREVENÇÃO DA PAV</b></p> <p>A CONTRATADA deve assegurar que sua equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e demais profissionais envolvidos na assistência aos pacientes em ventilação mecânica, adote de forma sistemática as medidas de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), conforme protocolos institucionais e <b>bundles</b> baseados em evidências, incluindo, quando aplicável:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Adesão aos bundles de prevenção</b>, contemplando: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elevação da cabeceira do leito (30–45°) para redução do risco de aspiração de secreções gástricas;</li> <li>○ Higiene oral com antisséptico, com objetivo de diminuir a colonização bacteriana orofaríngea;</li> <li>○ Interrupção diária da sedação e avaliação de desmame, a fim de reduzir o tempo de ventilação mecânica;</li> <li>○ Aspiração subglótica para remoção de secreções acumuladas acima do tubo endotraqueal.</li> </ul> </li> <li><b>2. Técnicas assépticas rigorosas</b>, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Manipulação correta do tubo endotraqueal e do circuito respiratório;</li> <li>○ Higienização das mãos antes e após qualquer procedimento.</li> </ul> </li> <li><b>3. Monitoramento contínuo</b>, compreendendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observação precoce de sinais de infecção respiratória;</li> <li>○ Revisão diária da necessidade de ventilação mecânica e ajustes no cuidado.</li> </ul> </li> <li><b>4. Educação e treinamento contínuo</b>, garantindo:</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"><li>o Treinamentos periódicos da equipe para reforço da importância de cada medida do bundle;</li><li>o Adoção consistente das práticas preventivas como estratégia comprovada para redução da taxa de PAV.</li></ul>
	<p><b>Referência da meta:</b> Referência da Meta: Para definição da meta foram considerados dois parâmetros complementares: (i) média histórica do indicador nos últimos três anos (2021–2023), utilizada para contextualizar o desempenho da unidade; e (ii) percentis 75 e 90 do consolidado estadual/ANVISA no ano de 2023, empregados como referência comparativa para definição dos limites de corte (desempenho esperado e desempenho superior).</p> <p>A meta final resulta do alinhamento entre esses parâmetros, assegurando que seja factível (com base no histórico próprio) e desafiador (com base em benchmark atualizado).</p> <p><b>Referências:</b> <b>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA.</b> <i>Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2024: orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde.</i> [S. l.]: Anvisa, 3 jan. 2024. p. 1–55.</p>

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI PEDIÁTRICA:

Nome	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em UTI Adulto / UTI Neonatal
Conceituação	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.
Importância	É um importante indicador para a gestão da qualidade e segurança do paciente em UTIs. Monitorá-la ajuda a identificar problemas de prevenção e controle de infecções, e pode orientar as equipes de saúde em estratégias para reduzir a incidência de infecções associadas à ventilação mecânica. Além disso, é um parâmetro essencial para garantir que os cuidados prestados em ambientes críticos sejam sempre os mais eficazes e seguros.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
Definição	<p><b>a) Numerador:</b> Número de casos de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), diagnosticados segundo os critérios clínico-epidemiológicos e laboratoriais da ANVISA, em pacientes que iniciaram ventilação mecânica na UTI, no período de análise.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casos de <b>pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)</b> diagnosticados em pacientes internados na UTI (adulto ou neonatal) <b>que iniciaram a ventilação mecânica na própria UTI;</b></li> <li>• Pneumonia em paciente sob VM por <b>≥ 48h</b> na UTI;</li> <li>• Paciente em VM na data do diagnóstico ou que havia sido retirada da VM até o dia anterior.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casos de pneumonia em pacientes que já estavam em VM no momento da admissão na UTI;</li> <li>• Pneumonias de início fora da UTI (ex.: adquirida na comunidade, enfermaria, pronto-socorro);</li> <li>• Dispositivos de ventilação e expansão pulmonar que fornece pressão positiva para as vias aéreas por meios não invasivos (por exemplo: máscara nasal, máscara facial, cateter de alto fluxo CPAP, BIPAP etc.) não são considerados ventiladores mecânicos, a menos que a pressão positiva seja fornecida por via aérea artificial (tubo endotraqueal oral / nasal ou tubo de traqueostomia).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Número de pacientes-dia em ventilação mecânica na UTI, considerando apenas aqueles que iniciaram ventilação mecânica na própria UTI, no período de análise.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pacientes-dia em ventilação mecânica na UTI</b>, considerando somente os pacientes que <b>iniciaram a VM na própria UTI;</b></li> <li>• Cada dia em VM conta até o desmame, óbito ou alta da UTI.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dias em que o paciente não esteve em ventilação mecânica invasiva;</li> <li>• Pacientes em outras unidades que não a UTI;</li> <li>• Pacientes admitidos na UTI em uso prévio de ventilação mecânica, oriundos de outra unidade assistencial ou instituição de saúde.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventilador mecânico: dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal.</li> <li>• Em caso de reintubação, considerar novo episódio de ventilação mecânica se o intervalo entre a extubação e nova intubação for superior a 48 horas. Nesse caso, reinicia-se a contagem de D1.</li> <li>• A validação dos casos de PAV deve ser realizada por profissionais treinados em vigilância epidemiológica hospitalar, preferencialmente sob a coordenação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com base nos critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que chegam à UTI já intubados não são incluídos no cálculo da densidade de incidência de PAV. Caso o paciente seja extubado e posteriormente reintubado na UTI, a contagem de pacientes-dia em ventilação mecânica e potenciais casos de PAV começa a partir da reintubação feita na própria UTI, garantindo que o indicador reflita exclusivamente a qualidade da assistência ventilatória prestada pela unidade.</li> <li>• <b>PREVENÇÃO DA PAV</b></li> </ul> <p>A CONTRATADA deve assegurar que sua equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e demais profissionais envolvidos na assistência aos pacientes em ventilação mecânica, adote de forma sistemática as medidas de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), conforme protocolos institucionais e <b>bundles</b> baseados em evidências, incluindo, quando aplicável:</p> <p><b>5. Adesão aos bundles de prevenção</b>, contemplando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elevação da cabeceira do leito (30–45°) para redução do risco de aspiração de secreções gástricas;</li> <li>○ Higiene oral com antisséptico, com objetivo de diminuir a colonização bacteriana orofaríngea;</li> <li>○ Interrupção diária da sedação e avaliação de desmame, a fim de reduzir o tempo de ventilação mecânica;</li> <li>○ Aspiração subglótica para remoção de secreções acumuladas acima do tubo endotraqueal.</li> </ul> <p><b>6. Técnicas assépticas rigorosas</b>, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Manipulação correta do tubo endotraqueal e do circuito respiratório;</li> <li>○ Higienização das mãos antes e após qualquer procedimento.</li> </ul> <p><b>7. Monitoramento contínuo</b>, compreendendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observação precoce de sinais de infecção respiratória;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Revisão diária da necessidade de ventilação mecânica e ajustes no cuidado.</li></ul> <p><b>8. Educação e treinamento contínuo</b>, garantindo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Treinamentos periódicos da equipe para reforço da importância de cada medida do bundle;</li><li>○ Adoção consistente das práticas preventivas como estratégia comprovada para redução da taxa de PAV.</li></ul>
	<p><b>Referência da meta:</b> Referência da Meta: Para definição da meta foram considerados dois parâmetros complementares: (i) média histórica do indicador nos últimos três anos (2021-2023), utilizada para contextualizar o desempenho da unidade; e (ii) percentis 75 e 90 do consolidado estadual/ANVISA no ano de 2023, empregados como referência comparativa para definição dos limites de corte (desempenho esperado e desempenho superior).</p> <p>A meta final resulta do alinhamento entre esses parâmetros, assegurando que seja factível (com base no histórico próprio) e desafiador (com base em benchmark atualizado).</p> <p><b>Referências:</b> <b>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA.</b> <i>Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2024: orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde.</i> [S. l.]: Anvisa, 3 jan. 2024. p. 1–55.</p>

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

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

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

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

#### Interpretações:

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

**Estágio 1** – Eritema não branqueável em pele íntegra. A pele pode estar dolorosa, firme, mole, mais quente ou mais fria que o tecido adjacente. **Estágio 2** – Perda parcial da espessura da pele, envolvendo epiderme e/ou derme. Pode se apresentar como abrasão, bolha (íntegra ou rompida) ou úlcera superficial, sem presença de tecido esfacelado ou necrose. **Estágio 3** – Perda total da espessura da pele, com comprometimento do tecido subcutâneo, podendo haver presença de tecido desvitalizado. Não há exposição de osso, tendão ou músculo.

**Estágio 4** – Perda total da espessura tecidual com exposição de osso, tendão ou músculo. Frequentemente apresenta escaras ou esfacelos e pode ocorrer tunelização. **Lesão Tissular Profunda (LTP)** – Área localizada de descoloração púrpura ou castanha, pele íntacta ou com flictena sanguinolenta, indicando dano em tecidos profundos. Pode evoluir rapidamente para uma úlcera de espessura total. **Lesão por Pressão Não Classificável** – Ferida coberta por tecido desvitalizado (esfacelo ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação. **Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico** – Lesão resultante da pressão exercida por dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos ou terapêuticos (ex: sondas, máscaras, tubos). Apresenta, geralmente, a forma ou o contorno do dispositivo. Deve ser classificada conforme os estágios descritos acima, sempre que possível. **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas** – Ocorre em locais com mucosas (boca, narinas, genitália), associada ao uso de dispositivos médicos. Essas lesões **não devem ser classificadas em estágios** devido à anatomia do tecido.

#### Condutas Preventivas:

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

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

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

#### Referências:

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

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

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

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

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

**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), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

**Referência da meta:**

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

**Referências:**

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

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

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

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

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

TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA SEGUNDO ASA 1:

<b>Nome</b>	Taxa de Mortalidade Cirúrgica Segundo ASA.
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Importância</b>	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).
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após cirurgia que atenda aos critérios de inclusão, no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número de pacientes submetidos a cirurgias, que atendam aos critérios de inclusão, no período.</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004).</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Crítérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partos normais ou cesáreos.</li> <li>• Procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009);</li> <li>• Cirurgias realizadas sob anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida (Klück, 2004).</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 qualidade da assistência hospitalar e minimizar os fatores relativos à gravidade do caso e à presença de comorbidades, serão realizados ajustes levando em conta as cinco classes ASA dos pacientes (a classe VI não será utilizada), abaixo especificadas:</li> </ul> <p><b>Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists):</b></p> <p><b>Classe I:</b> Normal. Paciente saudável (a única patologia relevante do paciente é a que necessita correção cirúrgica);</p> <p><b>Classe II:</b> Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica controlada, idade &gt;70 anos, obesidade);</p> <p><b>Classe III:</b> Doença sistêmica grave (ex, obesidade mórbida, doença respiratória sintomática, falência renal, cirrose);</p> <p><b>Classe IV:</b> Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, falência hepatorenal);</p> <p><b>Classe V:</b> Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver sem a operação;</p> <p><b>Classe VI:</b> Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para doação.</p> <p>*Observações entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010).</p> <p><b>Observação 02:</b> 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><b>Referência da Meta:</b></p> <p><b>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA.</b> ANS, [S. l.], p. 1–4, 1 nov. 2012. Disponível em: <a href="https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-eft-03.pdf">https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-eft-03.pdf</a>. Acesso em: 23 maio 2025.</p> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. Observatório ANAHP.</b> 4. ed. São Paulo: ANAHP, 2012. 148 p.</p>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *Sítio cirúrgico - critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde*. 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](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf). Acesso em: 12 jul. 2012.

**CARRARO, M. A.; ZANATTA, G. A.; KLÜCK, M. M.** Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada pela classificação ASA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, v. 31, n. Supl. 1, p. 129, 2011.

**KLÜCK, M. M.** *Metodologia para ajuste de indicadores de desfechos hospitalares por risco prévio do paciente*. 2004. 128 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA SEGUNDO ASA 2:

<b>Nome</b>	Taxa de Mortalidade Cirúrgica Segundo ASA.
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Importância</b>	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).
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após cirurgia que atenda aos critérios de inclusão, no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número de pacientes submetidos a cirurgias, que atendam aos critérios de inclusão, no período.</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004).</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Crítérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partos normais ou cesáreos.</li> <li>• Procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009);</li> <li>• Cirurgias realizadas sob anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida (Klück, 2004).</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 qualidade da assistência hospitalar e minimizar os fatores relativos à gravidade do caso e à presença de comorbidades, serão realizados ajustes levando em conta as cinco classes ASA dos pacientes (a classe VI não será utilizada), abaixo especificadas:</li> </ul> <p><b>Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists):</b></p> <p><b>Classe I:</b> Normal. Paciente saudável (a única patologia relevante do paciente é a que necessita correção cirúrgica);</p> <p><b>Classe II:</b> Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica controlada, idade &gt;70 anos, obesidade);</p> <p><b>Classe III:</b> Doença sistêmica grave (ex, obesidade mórbida, doença respiratória sintomática, falência renal, cirrose);</p> <p><b>Classe IV:</b> Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, falência hepatorenal);</p> <p><b>Classe V:</b> Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver sem a operação;</p> <p><b>Classe VI:</b> Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para doação.</p> <p>*Observações entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010).</p> <p><b>Observação 02:</b> 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><b>Referência da Meta:</b></p> <p><b>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA. ANS, [S. l.], p. 1–4, 1 nov. 2012. Disponível em: <a href="https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ef-03.pdf">https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ef-03.pdf</a>. Acesso em: 23 maio 2025.</b></p> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. Observatório ANAHP. 4. ed. São Paulo: ANAHP, 2012. 148 p.</b></p>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *Sítio cirúrgico - critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde*. 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](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf). Acesso em: 12 jul. 2012.

**CARRARO, M. A.; ZANATTA, G. A.; KLÜCK, M. M.** Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada pela classificação ASA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, v. 31, n. Supl. 1, p. 129, 2011.

**KLÜCK, M. M.** *Metodologia para ajuste de indicadores de desfechos hospitalares por risco prévio do paciente*. 2004. 128 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA SEGUNDO ASA 3:

<b>Nome</b>	Taxa de Mortalidade Cirúrgica Segundo ASA.
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Importância</b>	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).
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após cirurgia que atenda aos critérios de inclusão, no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número de pacientes submetidos a cirurgias, que atendam aos critérios de inclusão, no período.</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004).</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Crítérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partos normais ou cesáreos.</li> <li>• Procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009);</li> <li>• Cirurgias realizadas sob anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida (Klück, 2004).</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 qualidade da assistência hospitalar e minimizar os fatores relativos à gravidade do caso e à presença de comorbidades, serão realizados ajustes levando em conta as cinco classes ASA dos pacientes (a classe VI não será utilizada), abaixo especificadas:</li> </ul> <p><b>Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists):</b></p> <p><b>Classe I:</b> Normal. Paciente saudável (a única patologia relevante do paciente é a que necessita correção cirúrgica);</p> <p><b>Classe II:</b> Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica controlada, idade &gt;70 anos, obesidade);</p> <p><b>Classe III:</b> Doença sistêmica grave (ex, obesidade mórbida, doença respiratória sintomática, falência renal, cirrose);</p> <p><b>Classe IV:</b> Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, falência hepatorenal);</p> <p><b>Classe V:</b> Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver sem a operação;</p> <p><b>Classe VI:</b> Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para doação.</p> <p>*Observações entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010).</p> <p><b>Observação 02:</b> 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><b>Referência da Meta:</b></p> <p><b>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA.</b> ANS, [S. l.], p. 1–4, 1 nov. 2012. Disponível em: <a href="https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-eft-03.pdf">https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-eft-03.pdf</a>. Acesso em: 23 maio 2025.</p> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. Observatório ANAHP.</b> 4. ed. São Paulo: ANAHP, 2012. 148 p.</p>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *Sítio cirúrgico - critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde*. 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](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf). Acesso em: 12 jul. 2012.

**CARRARO, M. A.; ZANATTA, G. A.; KLÜCK, M. M.** Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada pela classificação ASA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, v. 31, n. Supl. 1, p. 129, 2011.

**KLÜCK, M. M.** *Metodologia para ajuste de indicadores de desfechos hospitalares por risco prévio do paciente*. 2004. 128 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA SEGUNDO ASA 4:

<b>Nome</b>	Taxa de Mortalidade Cirúrgica Segundo ASA.
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Importância</b>	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).
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após cirurgia que atenda aos critérios de inclusão, no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número de pacientes submetidos a cirurgias, que atendam aos critérios de inclusão, no período.</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004).</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Crítérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partos normais ou cesáreos.</li> <li>• Procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009);</li> <li>• Cirurgias realizadas sob anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida (Klück, 2004).</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 qualidade da assistência hospitalar e minimizar os fatores relativos à gravidade do caso e à presença de comorbidades, serão realizados ajustes levando em conta as cinco classes ASA dos pacientes (a classe VI não será utilizada), abaixo especificadas:</li> </ul> <p><b>Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists):</b></p> <p><b>Classe I:</b> Normal. Paciente saudável (a única patologia relevante do paciente é a que necessita correção cirúrgica);</p> <p><b>Classe II:</b> Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica controlada, idade &gt;70 anos, obesidade);</p> <p><b>Classe III:</b> Doença sistêmica grave (ex, obesidade mórbida, doença respiratória sintomática, falência renal, cirrose);</p> <p><b>Classe IV:</b> Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, falência hepatorenal);</p> <p><b>Classe V:</b> Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver sem a operação;</p> <p><b>Classe VI:</b> Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para doação.</p> <p>*Observações entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010).</p> <p><b>Observação 02:</b> 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><b>Referência da Meta:</b></p> <p><b>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA.</b> ANS, [S. l.], p. 1–4, 1 nov. 2012. Disponível em: <a href="https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-eft-03.pdf">https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-eft-03.pdf</a>. Acesso em: 23 maio 2025.</p> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. Observatório ANAHP.</b> 4. ed. São Paulo: ANAHP, 2012. 148 p.</p>

**AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA.** *Sítio cirúrgico - critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde.* 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](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf). Acesso em: 12 jul. 2012.

**CARRARO, M. A.; ZANATTA, G. A.; KLÜCK, M. M.** Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada pela classificação ASA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, v. 31, n. Supl. 1, p. 129, 2011.

**KLÜCK, M. M.** *Metodologia para ajuste de indicadores de desfechos hospitalares por risco prévio do paciente.* 2004. 128 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>Nome</b>	Acolhimento com Classificação de Risco.
<b>Conceituação</b>	Verificação do cumprimento da rotina de acolhimento com classificação de risco, por meio do envio mensal do relatório técnico-institucional que comprova a implementação contínua dessa prática.
<b>Importância</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Não é aplicável.
<b>Definição</b>	<p><b>Interpretações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O <b>acolhimento</b> 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.</li> <li>• A <b>Classificação de Risco</b> 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.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O acolhimento e a Classificação de Risco devem ser realizados em todos os atendimentos de urgência e emergência.</li> <li>• 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.</li> <li>• É vedada a realização da classificação de risco por técnicos de enfermagem ou por qualquer outro profissional não autorizado.</li> <li>• 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</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <p>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><b>Referência:</b></p> <p><b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> <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: <a href="https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf">https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf</a>. Acesso em: 30 maio 2025.</p> <p><b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> <i>Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.</i> Brasília, DF: Diário Oficial da União, n. 219, Seção 1, p. 32–54, 12 nov. 2002.</p> <p><b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> <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, Secretaria de Atenção à Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).</p>

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

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

TAXA DE CANCELAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS POR MOTIVAÇÃO ALHEIA AO PACIENTE

<b>Nome</b>	Taxa de Cancelamento de Cirurgias Eletivas por Motivação Alheia ao Paciente.
<b>Conceituação</b>	Número de cirurgias eletivas agendadas que foram canceladas por motivos não relacionados à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal no período.
<b>Importância</b>	É um indicador fundamental para a avaliação da eficiência operacional e da qualidade da gestão hospitalar. Cancelamentos por causas não relacionadas à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal — como ausência de profissionais da equipe cirúrgica, falta de insumos, falhas de agendamento ou indisponibilidade de sala operatória — revelam falhas nos processos internos da unidade e comprometem a produtividade do centro cirúrgico, área de alto custo e complexidade. Além disso, tais cancelamentos impactam negativamente a experiência do paciente, gerando frustração, insegurança e, em alguns casos, atrasos no tratamento que podem agravar o quadro clínico. O monitoramento sistemático deste indicador permite identificar causas evitáveis, subsidiar a adoção de medidas corretivas e otimizar o uso dos recursos disponíveis, promovendo maior resolutividade e eficiência. Por fim, esse indicador também possui relevância estratégica dentro dos contratos de gestão, podendo ser utilizado como parâmetro para avaliação de desempenho institucional e como base para ajustes na gestão assistencial e administrativa da unidade.
<b>Método de Cálculo</b>	Não é aplicável. Envio mensal do relatório.
<b>Definição</b>	<p>Para fins deste contrato, consideram-se motivações alheias ao paciente, e, portanto, de responsabilidade da CONTRATADA, as seguintes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de profissional da equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista ou equipe de enfermagem de apoio);</li> <li>• Falta de insumos, materiais médico-hospitalares ou medicamentos necessários à realização do procedimento;</li> <li>• Indisponibilidade de sala cirúrgica por falha de gestão de agenda ou superlotação evitável;</li> <li>• Inoperância de equipamentos cirúrgicos ou de apoio essenciais à realização do ato cirúrgico (por omissão da gestão da unidade);</li> <li>• Interdições administrativas ou sanitárias decorrentes de não conformidades sob responsabilidade da CONTRATADA;</li> <li>• Falhas de agendamento, erro de planejamento ou duplicidade de marcação;</li> <li>• Ausência de autorização administrativa interna prévia necessária para a execução do procedimento.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A CONTRATADA deverá apresentar, nos relatórios de desempenho, a consolidação dos dados referentes a este indicador, incluindo justificativas detalhadas para cada cancelamento ocorrido por motivo alheio ao paciente, acompanhadas das medidas corretivas adotadas. Deverá ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS).</li> </ul> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>SANTOS, G. A. A. C.; BOCCHI, S. C. M.</b> Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, v. 71, n. 6, p. 2736–2742, 2018. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/rj/reben/a/BXvqtZW4ttnryHSC6FJSmgyl?format=pdf&amp;lang=pt">https://www.scielo.br/rj/reben/a/BXvqtZW4ttnryHSC6FJSmgyl?format=pdf&amp;lang=pt</a>. Acesso em: 7 jul. 2025.</p> <p><b>Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital escola: causas e estatísticas.</b> <i>Enfermeria Global</i>, n. 59, jul. 2020. Disponível em: <a href="https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-286.pdf">https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-286.pdf</a>. Acesso em: 7 jul. 2025.</p> <p><b>Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional.</b> <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/rj/reeusp/a/fjw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ryl/">https://www.scielo.br/rj/reeusp/a/fjw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ryl/</a>. Acesso em: 7 jul. 2025.</p>

## ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO DE LEITOS

<b>Nome</b>	Índice de Intervalo de Substituição de Leitos
<b>Conceituação</b>	Mensurar o tempo médio que o leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a ocupação por outro.
<b>Importância</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador</b> – Taxa de desocupação x Média de permanência em dias</p> <p><b>b) Denominador</b> – Taxa de ocupação hospitalar</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leitos efetivamente ocupados por pacientes, pois são esses que precisam ser avaliados quanto à sua utilização no cálculo do índice.</li> <li>Apenas leitos que estão sendo usados por pacientes em tratamento ativo, e não leitos reservados para emergências, cirurgias programadas, ou situações especiais como isolamento.</li> <li>Leitos não vinculados à Central de Regulação, sob controle do próprio hospital.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leitos que estão temporariamente fora de operação (ex.: em reforma, manutenção ou bloqueados por qualquer motivo).</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>Leitos hospitalares gerenciados pela Central de Regulação.</li> </ul> <p><b>Descrição das Fórmulas:</b></p> <p><b>Fórmulas dos cálculos de Taxa de desocupação, Média de Permanência em dias e Taxa de Ocupação Hospitalar:</b></p> <p><b>Taxa de desocupação (%) = (Leito-dia Ocioso / Leito-Dia Disponível) x 100</b>  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</p> <p><b>Média de Permanência Hospitalar:</b>  MPH = Total de pacientes-dia ÷ Número de saídas hospitalares.</p> <p><b>Taxa de Ocupação Hospitalar:</b>  TOH% = (Total de paciente-dia ÷ (Número de leitos existentes x Número de Dias do período)) x 100</p> <p><b>Observação:</b> 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><b>Referência da meta:</b>  <b>ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS.</b> <i>Observatório ANAHP.</i> 15. ed. São Paulo: ANAHP, 2024.</p> <p><b>Referência das fórmulas:</b>  <b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> <i>Terminologia básica em saúde.</i> Centro de Documentação do Ministério da Saúde. [S. l.], p. 4–50, 1 jan. 1987.  <b>SECRETARIA DE SAÚDE, Hospital Geral Prado Valadares.</b> Índice de Intervalo de Substituição – IIS. Governo da Bahia, [S. l.], p. 1-1. ÍNDICE intervalo de substituição: Painel de Gestão à Vista. <b>EBSERH.</b> [S. l.], p. 1-3, 31 jul. 2021.</p>

## INDICADOR RELACIONADO À VIGILÂNCIA DO ÓBITO

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

<b>Nome</b>	Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais (>=24h).
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de óbitos institucionais que ocorreram após, no mínimo, 24 horas da admissão hospitalar e que foram devidamente revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, em um determinado mês, e o total de óbitos institucionais com 24 horas ou mais de internação ocorridos no mesmo período. Esse indicador permite avaliar o grau de cumprimento da rotina institucional de análise sistemática de óbitos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da segurança da assistência prestada.
<b>Importância</b>	O aludido indicador busca certificar que os óbitos foram revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, apresentando maior qualidade ao processo ao qual o paciente foi submetido. Trata-se de um indicador essencial para avaliar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde prestados dentro da instituição. Essa taxa refere-se à revisão e análise de óbitos que ocorrem após 24 horas de internação, ou seja, aqueles que não são mortes imediatas, mas que ocorreram dentro do hospital após um período de observação e cuidado.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador/ denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais) revisados, no mês.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais), em um mês.</p> <p><b>Crítérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas óbitos ocorridos dentro da instituição.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Óbitos com menos de 24h de internação;</li> <li>• Pacientes transferidos com evolução final em outra instituição.</li> </ul> <p><b>Público-alvo:</b> Pacientes internados em hospitais.</p> <p><b>Observação 01:</b> O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente no hospital, incluindo, portanto, o tempo permanecido na unidade de urgência e emergência.</p> <p><b>Observação 02:</b> A apresentação mensal de resultados deve incluir relatório total dos óbitos, detalhando quantos e quais destes foram revisados pela comissão de prontuário e análises de óbitos.</p> <p><b>Observação 03:</b> A revisão de óbito é o processo rotineiro e sistemático de avaliação dos óbitos ocorridos em uma unidade de saúde, com o objetivo de verificar se as informações estão completas, se os protocolos assistenciais foram seguidos e se há necessidade de alguma ação corretiva ou de melhoria.</p> <p><b>Observação 04:</b> 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><b>Referência da Meta:</b> BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. E-EFT-02. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1–7.</p>

## INDICADOR RELACIONADO À ATENÇÃO AO USUÁRIO

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

<b>Nome</b>	Satisfação do Usuário.
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos 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.
<b>Importância</b>	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>Índice de Satisfação (90%):</b></p> <p>a) <b>Numerador:</b> Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.</p> <p>b) <b>Denominador:</b> Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.</p> <p><b>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</b></p> <p>a) <b>Numerador:</b> Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico e consultas ambulatoriais.</p> <p>b) <b>Denominador:</b> Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica + número de consultas ambulatoriais realizadas no mesmo período.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes).</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisas com respostas consideradas negativas.</li> </ul> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que utilizam os serviços da unidade constitui uma ferramenta essencial de gestão, permitindo identificar expectativas, detectar falhas e promover melhorias contínuas na qualidade do atendimento prestado.</li> <li>• Essa avaliação será realizada por meio de Pesquisa de Satisfação Padronizada, elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e aplicada pela CONTRATADA. Para tanto, a CONTRATADA deverá disponibilizar ao público um dispositivo com interface amigável e acessível, permitindo que o próprio usuário ou acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente os sistemas informatizados utilizados.</li> </ul> <p><b>Interpretações:</b></p> <p><b>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</b> A amostragem mínima a ser contemplada pela pesquisa corresponderá a, no mínimo, 10% do total de atendimentos ambulatoriais e altas hospitalar após melhora do quadro realizados no período - conforme cálculo denominado como "Índice de realização de pesquisas relacionadas ao atendimento", abrangendo tanto os usuários que receberam atendimento quanto seus acompanhantes. A coleta de dados deverá ser, preferencialmente, anônima, a fim de garantir a liberdade e espontaneidade das respostas. O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10% dos atendimentos ambulatoriais e altas melhoradas) resultará na atribuição de pontuação zero ao indicador no Índice Global de Qualidade.</p> <p><b>Índice de Satisfação (90%):</b> Para que a meta seja atingida, o indicador deverá ser igual ou superior a 90,0% no mês. A condição necessária para que o resultado da pesquisa seja considerado positivo é que o somatório dos itens que serão avaliados seja de no mínimo 24 pontos, pontuação essa estabelecida de acordo com o modelo de pesquisa apresentado abaixo:</p> <p>Adicionalmente, o não envio das informações, a aplicação da pesquisa em formato distinto do previamente estabelecido, sem autorização formal da CONTRATANTE ou o não atingimento dos percentuais estabelecidos para o índice de Satisfação (90%) e para o Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%), impossibilitará a análise do indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como descumprimento da meta estabelecida.</p>

## PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco SES/PE Nome da OSS que administra	PESQUISA DE SATISFAÇÃO Sua opinião é muito importante para melhorarmos nosso atendimento!		DATA: ____/____/____		
UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____					
Qual sua opinião sobre o atendimento prestado, com relação aos itens listados abaixo?	Marque com um "X" a alternativa mais próxima à sua opinião				
	 ÓTIMO (5 pontos)	 BOM (4 pontos)	 REGULAR (3 pontos)	 RUIM (2 pontos)	 PESSIMO (1 ponto)
Instalações (Sala de Espera, Consultórios, banheiros, etc)					
Limpeza Geral					
Atendimento na Recepção					
Tratamento da Segurança					
Atendimento do Médico					
Atendimento da Enfermagem					
Exames Realizados					
Informações sobre Tratamento a ser seguido					
Para perguntas cuja resposta seja "Não utilizei" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos					

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

**ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS**

<b>Nome</b>	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período.
<b>Importância</b>	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutive e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de queixas recebidas no mesmo período.</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Período de análise compatível: apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual).</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se aplica</li> </ul> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para o Registro de Queixas a <b>CONTRATADA</b> deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela <b>CONTRATADA</b> para resolução das queixas registradas. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de ouvidoria.</li> <li>• Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual deverá ser importada no referido sistema e transmitida à SES/PE mensalmente.</li> <li>• As queixas, que devem ser apresentadas na íntegra, e o tratamento dado às mesmas serão apresentados à CTAI por meio do SIMAS, sendo que a referida comissão irá avaliar a qualidade do tratamento dado, aprovando ou não os encaminhamentos dados.</li> <li>• A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de aceitação das respostas às queixas registradas.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Interpretações:</b></p> <p><b>CTAI:</b> Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão;</p> <p><b>SIMAS:</b> Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais;</p> <p><b>Entende-se por queixa</b> o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente.</p> <p><b>Entende-se por resolução</b> o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018.</p> <p>A CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas às queixas registradas:</p> <p><b>1. Pertinência da Resposta:</b></p> <p>A resposta deve abordar de forma direta e clara o conteúdo da queixa registrada. Deve demonstrar entendimento correto da demanda apresentada pelo autor da queixa.</p> <p><b>2. Adequação da Solução Apresentada</b></p> <p>A providência adotada pela CONTRATADA deve ser compatível com a natureza, gravidade e impacto da queixa. Em situações cuja solução não seja imediata ou definitiva, deve ser justificado o encaminhamento para ações futuras ou medidas corretivas em andamento.</p> <p><b>3. Cumprimento dos Prazos</b></p> <p>A resposta à queixa deve ter sido registrada e encaminhada ao autor no prazo estabelecido pela Lei Estadual nº 16.420/2018 (20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos mediante justificativa registrada).</p> <p><b>4. Clareza e Linguagem Adequada</b></p> <p>A resposta deve ser redigida de forma compreensível, respeitosa e acessível ao perfil do autor da queixa. Evitar termos técnicos sem a devida explicação e assegurar tom cordial e acolhedor.</p> <p><b>5. Provas Documentais (se aplicável)</b></p> <p>Quando cabível, anexar documentos, registros ou evidências que comprovem as providências adotadas para resolução da demanda (ex.: registros de atendimento, ordens de serviço, comunicações internas, notificações de ações corretivas).</p> <p><b>6. Adoção de Medidas Preventivas (para casos recorrentes ou graves)</b></p> <p>Para queixas de mesma natureza recorrentes ou de maior gravidade, a CONTRATADA deve apresentar, além da solução específica, medidas preventivas ou melhorias institucionais que evitem a repetição do problema.</p> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>BRASIL.</b> Lei estadual nº 16.420, de 2018. [S. I.]: Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, 2018.</p>

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

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

#### **INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA**

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

<b>Nome</b>	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.
<b>Conceituação</b>	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
<b>Importância</b>	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a <b>CONTRATADA</b> divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
<b>Método de Cálculo</b>	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.
<b>Definição</b>	<p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir as informações no Portal de Transparência e encaminhar relatório contendo tais inserções, subsequente à prestação do serviço.</li> <li>● A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, com base na normativa pertinente à matéria. As informações citadas devem ser inseridas em seu portal da transparência, com a periodicidade instituída em lei. Insta destacar que embora a postagem das informações de transparência em sítio eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.</li> </ul> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 68, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 117, de 15 de dezembro de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 154, de 15 de dezembro de 2021. Recife: TCE/PE, 2021.</p> <p><b>BRASIL.</b> Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. <i>Diário Oficial da União</i>: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011.</p> <p><b>MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil).</b> Recomendação n.º 07/2017. IC n.º 1.26.000.000983/2017-79. Brasília, DF, 2017.</p> <p><b>PERNAMBUCO.</b> Secretaria da Controladoria-Geral do Estado; Secretaria de Saúde. <i>Caderno de Transparência das Organizações Sociais de Saúde</i>. Recife: SCGE/SES-PE, [s.d.].</p>
	Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência



**FICHA DE AVALIAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA**

UNIDADE:					
OSS:		DATA:			
TRIMESTRE:		AVALIADOR:			
MENU	INFORMAÇÃO	SITUAÇÃO:	OBSERVAÇÃO		
1. INSTITUCIONAL	1. Nome da OSS de vinculação	Atualizado			
	2. CNPJ da OSS de vinculação	Atualizado			
	3. Apresentação da entidade	Atualizado			
	4. Nome da unidade de saúde	Atualizado			
	5. CNPJ da unidade de saúde	Atualizado			
	6. Endereço	Atualizado			
	7. Telefone	Atualizado			
	8. Horário de atendimento	Atualizado			
2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	1. Regimento Interno	Atualizado			
	2. Organograma	Atualizado			
3. MEMBROS DIRIGENTES	1. Membros do Órgão deliberativo	Atualizado			
	2. Membros do Órgão fiscal	Atualizado			
	3. Membros do Órgão consultivo	Atualizado			
4. COMPETÊNCIAS	1. Legislação	Atualizado			
	2. Matriz de Competências	Atualizado			
5. CONTRATO DE GESTÃO	1. Contrato de Gestão	Atualizado			
	2. Termo Aditivo	Atualizado			
6. DECRETO DE QUALIFICAÇÃO	1. Decreto de qualificação	Atualizado			
	2. Decreto de renovação de titulação	Atualizado			
7. ESTATUTO SOCIAL	1. Estatuto Social	Atualizado			
	2. Atas do Estatuto Social	Atualizado			
8. DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE	1. CNPJ	Atualizado			
	2. Fazenda Pública	Atualizado			
	3. Seguridade Social	Atualizado			
	4. FGTS	Atualizado			
	5. Justiça do Trabalho	Atualizado			
	6. Qualificação Técnica	Atualizado			
	7. Experiência Anterior	Atualizado			
9. RELATÓRIO FINANCEIRO E DE EXECUÇÃO	1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato	Atualizado			
10. DEMONSTRATIVO FINANCEIRO	1. Demonstrativos Financeiros	Atualizado			
11. RELATÓRIO ASSISTENCIAL	1. Relatório Assistencial	Atualizado			
	2. Relatório Assistencial Anual Consolidado	Atualizado			
12. DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS E PARECERES	1. Demonstrações Contábeis	Atualizado			
	2. Pareceres	Atualizado			
13. REPAROS E RECEBIDOS	1. Repasses recebidos e descontos	Atualizado			
	1. Regulamentos	Atualizado			
14. CONTRATAÇÕES	2. Colações	Atualizado			
	3. Contratos	Atualizado			
	3.1 Obras	Atualizado			
	3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado			
	3.2 Serviços	Atualizado			
	3.2.1 Contratos - serviços: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado			
	3.3 Aquisição de Bens	Atualizado			
3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado				
15. RECURSOS HUMANOS	1. Regulamento para recrutamento de pessoal	Atualizado			
	2. Servidores públicos cedidos	Atualizado			
16. BENS PÚBLICOS	1. Relatório dos bens públicos	Atualizado			
	1. Atendimento Eletrônico	Atualizado			
17. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - SIC	2. Atendimento Presencial	Atualizado			
	3. Relatório Estatístico - PN	Atualizado			
			PONTUAÇÃO	LEGENDA	
		Atualizados: 47	Nr	NÍVEL	INTERVALO %
		Desatualizados: 0	01	DESEJADO	100%
		Incompletos: 0	02	MODERADO	75,01% - 99,99%
		Inexistentes: 0	03	INTERMEDIÁRIO	50,01% - 75,00%
			04	INSUFICIENTE	25,01% - 50,00%
			05	CRÍTICO	0,00% - 25,00%
ASSINATURA	NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA:	100,00%	DESEJADO		

Fundamentação Legal

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

**INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE**

TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

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

### ANEXO A DO CONTRATO

Inventário de bens e patrimônio do **HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA** cujo uso será permitido à organização social de saúde, por meio de link:

<https://drive.google.com/file/d/18uxodEM06rPK0HEI9Wwwu26pSGrQnMJq/view?usp=sharing>

### ANEXO B DO CONTRATO

#### **REGULAMENTO PARA A CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS PARA AQUISIÇÃO DE BENS COM RECURSOS PÚBLICOS DA OSS**

<Documento a ser adicionado, conforme estabelecimento de entidade vencedora da seleção>

<O documento acostado poderá ser atualizado conforme apontamento de necessidades de ajustes pela SCGE, sendo que, nessa hipótese, será realizado apostilamento ao contrato para a devida substituição>

### ANEXO C DO CONTRATO

#### **NORMAS DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL, BEM COMO O PLANO DE CARGOS, SALÁRIOS E BENEFÍCIOS DA OSS**

<Documento a ser adicionado, conforme estabelecimento de entidade vencedora da seleção>

<O documento acostado poderá ser atualizado conforme apontamento de necessidades de ajustes pela SCGE, sendo que, nessa hipótese, será realizado apostilamento ao contrato para a devida substituição>

#### **ANEXO D DO CONTRATO**

#### **PROPOSTA DE TRABALHO APRESENTADA PELA CONTRATADA**

<Espaço reservado para enxerto da proposta da Entidade vencedora do processo de seleção>

#### **ANEXO E DO CONTRATO**

#### **RELAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS A SER CEDIDO PELA PARTE CONTRATANTE PARA EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO**

A SES/PE, organismo pelo qual o Estado de Pernambuco formaliza o Contrato de Gestão divulga às interessadas neste processo de seleção pública que, para o início das atividades contratuais, não há previsão de cessão de servidor do quadro do Estado à entidade vencedora para execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Hospital Central de Paulista.



Documento assinado eletronicamente por **Gil Mendonça Brasileiro**, em 26/05/2026, às 18:30, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Zilda do Rego Cavalcanti**, em 26/05/2026, às 19:03, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **86625861** e o código CRC **102EB5E0**.

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

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