



13º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 017/2022, COM O OBJETIVO DE PRORROGAR A VIGÊNCIA E IMPLEMENTAR A REPACTUAÇÃO DAS METAS E/OU ATIVIDADES CONTRATADAS, QUE ENTRE SI ESTABELECEM O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE), E A FUNDAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR MARTINIANO FERNANDES – FGH, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL METROPOLITANO OESTE PELÓPIDAS SILVEIRA, NAS CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.

O **ESTADO DE PERNAMBUCO**, através da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, entidade de direito público interno, com sede na Rua Vinte e Quatro de Agosto, nº 211, Santo Amaro, Recife/PE, CEP 50.040-190, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, neste ato representado pela sua titular, Dra. **ZILDA DO REGO CAVALCANTI**, nomeada pelo Ato nº 024, publicado no Diário Oficial do Estado em 02/01/2023, residente e domiciliada nesta cidade do Recife, doravante denominada **CONTRATANTE**, e, do outro lado, a **FUNDAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR MARTINIANO FERNANDES – FGH**, inscrita no CNPJ nº 09.039.744/0027-23, com sede na Avenida Getúlio Vargas, s/nº, Km 06, Curado, Recife/PE, CEP: 50.790-540, neste ato representada por **SAMUEL RAMOS GOMES**, doravante designada simplesmente **CONTRATADA**, têm justa e acordada a presente celebração, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir pactuadas, bem como pelas disposições da Lei Estadual nº 15.210/2013, estando instruídas com o Parecer Técnico CTAI nº 180/2026 (id. 87634527) e Nota de Resposta nº 24/2026 (id. 88459948), ambos da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão; o Parecer de Prorrogação nº 017/2026 (id. 89062251), da Comissão Mista de Avaliação; o Despacho nº 466 (id. 89077048) da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão; e os demais documentos constantes do Processo nº 2300000302.000073/2026-12.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constituem objetos do presente Termo Aditivo:

- a) a **prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 017/2022 por mais 02 (dois) anos**, compreendendo o período de **01/07/2026 a 30/06/2028**;
- b) a **repactuação das metas e dos indicadores**, na forma estabelecida nos Anexos I, II e III deste Termo Aditivo.

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DA REVISÃO DO VALOR FINANCEIRO

2.1. Em decorrência das alterações previstas na Cláusula Primeira, o valor mensal a ser repassado à **CONTRATADA** permanece fixado em **R\$ 10.108.999,85** (dez milhões, cento e oito mil novecentos e noventa e nove reais e oitenta e cinco centavos), conforme Despacho nº 466 da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão (Id. 89077048), mantidas as demais condições de pagamento previstas no contrato original e em seus anexos.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DA NOTA DE EMPENHO

3.1. Os recursos necessários ao atendimento das despesas decorrentes deste instrumento no presente exercício financeiro têm como fonte o Tesouro Estadual e correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias e notas de empenho (id. 83042455, 83042662, 83042870 e 84024975):

Fonte: 0500000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1012

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE004060, de 02/02/2026

Valor da Nota de Empenho: R\$ 19.453.088,20

Fonte: 0600000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1012

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE004064, de 02/02/2026

Valor da Nota de Empenho: R\$ 20.246.809,52

Fonte: 0500000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1012

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE004065, de 02/02/2026

Valor da Nota de Empenho: R\$ 736.101,64

Fonte: 0600000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1012

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE005680, de 02/03/2026

Valor da Nota de Empenho: R\$ 10.123.404,76

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

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA SEXTA – DO FORO

6.1. As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure.

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

Recife, data da assinatura digital.

ZILDA DO REGO CAVALCANTI
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE

SAMUEL RAMOS GOMES
FUNDAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR MARTINIANO FERNANDES – FGH
CONTRATADA

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

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

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

1. INTRODUÇÃO

Este documento descreve características de como se dará a assistência hospitalar, bem como as metas Quantitativas e Qualitativas que serão analisadas e avaliadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), para o repasse de 30% do valor global do Contrato de Gestão em seus respectivos ciclos de avaliação.

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

2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, equipe de enfermagem e outros profissionais de nível médio e superior não médicos;
- Realização de procedimentos sob narcose;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS);
- 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 15.378/2026. 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 dos Pacientes;
- Qualquer que seja a modalidade de atendimento na qual um usuário venha a ser assistido, a CONTRATADA deverá implementar e manter atualizados protocolos de atendimento específicos para populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, os quais devem contemplar as necessidades de pessoas com Doença Falciforme, deficiências, neurodiversidades, obesidade, pessoas LGBTQIAPN+, negras, indígenas, entre outros. Esses protocolos devem garantir acolhimento adequado, resolução eficiente das demandas e respeito à dignidade dos usuários;
- Garantia de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes no pré-parto, parto e pós-parto imediato, idosos, pessoas com deficiência e mulheres, conforme assegurado pela legislação vigente que regulamenta o SUS, incluindo: o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990); a Lei do Acompanhante para Gestantes (Lei nº 11.108/2005); o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003); a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015); e a Lei nº 14.737/2023, que dispõe sobre o direito à presença de acompanhante para mulheres em estabelecimentos de saúde;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **HOSPITAL METROPOLITANO OESTE PELÓPIDAS SILVEIRA**.

1. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

3. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

O **HOSPITAL METROPOLITANO OESTE PELÓPIDAS SILVEIRA** deverá apresentar um volume de atividade anual, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos nas seguintes áreas:

3.1 SAÍDAS HOSPITALARES

Tabela 01: Atividade Mensal – Saídas Hospitalares

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SAÍDAS HOSPITALARES													
INTERNAMENTO	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de saídas hospitalares	630	630	630	630	630	630	630	630	630	630	630	630	7.560

3.2 CONSULTAS AMBULATORIAIS MÉDICAS

Tabela 02: Atividade Mensal – Ambulatório Médico

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – AMBULATÓRIO MÉDICO													
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	16.800

3.3 ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Tabela 03: Atividade Mensal – Urgência/Emergência

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA													
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	16.800

3.4 NÚMERO DE CONSULTAS INDIVIDUAIS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICO

Tabela 04 : Atividade Mensal – Número de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico.

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA													
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico.	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	8.400

3.5 CIRURGIAS REALIZADAS

Tabela 05: Atividade Mensal – Cirurgias Eletivas e de Emergência

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – CIRURGIAS ELETIVAS E DE EMERGÊNCIA													
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Cirurgias Genéricas	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	180
Neurocirurgias	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	1.080
Implante de marcapasso definitivo	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Total	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	1.500

3.5.1 Em relação às cirurgias neurológicas, é fundamental destacar a especialidade envolvida, que deverá contemplar, no mínimo, os seguintes procedimentos para a composição da meta cirúrgica.

Tabela 06: Procedimentos e Códigos para Composição da Meta Cirúrgica Neurológica

PROCEDIMENTOS	CÓDIGO
ARTRODESE CERVICAL - CERVICOTORACICA POSTERIOR UM NÍVEL	04.08.03.002-0
ARTRODESE CERVICAL - CERVICOTORACICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	04.08.03.003-8
ARTRODESE CERVICAL - CERVICO TORÁCICA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	04.08.03.005-4
ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	04.08.03.006-2
ARTRODESE CERVICAL DOIS NÍVEIS	04.08.03.007-0
ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR	04.08.03.011-9
ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR - POSTERO - LATERAL UM NÍVEL	04.08.03.013-5
ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA / PÓSTERO - LATERAL DOIS NÍVEIS	04.08.03.014-3
ARTRODESE OCCIPITO - CERVICAL (C2) POSTERIOR	04.08.03.016-0
ARTRODESE OCCIPITO - CERVICAL (C3) POSTERIOR	04.08.03.018-6
ARTRODESE OCCIPITO - CERVICAL (C4) POSTERIOR	04.08.03.019-4
ARTRODESE OCCIPITO - CERVICAL (C5) POSTERIOR	04.08.03.020-8
ARTRODESE OCCIPITO - CERVICAL (C6) POSTERIOR	04.08.03.021-6
ARTRODESE OCCIPITO - CERVICAL (C7) POSTERIOR	04.08.03.022-4
ARTRODESE TORACO- LOMBO SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	04.08.03.023-2
ARTRODESE TORACO - LOMBO - SACRA ANTERIOR DOIS NÍVEIS	04.08.03.024-0
ARTRODESE TORACO - LOMBO - SACRA ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	04.08.03.025-9
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
DISCECTOMIA CERVICAL - LOMBAR - LOMBO- SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL)	04.08.03.039-9
DISCECTOMIA CERVICAL - LOMBAR - LOMBO- SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	04.08.03.040-2
DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)	04.08.03.044-5
DISCECTOMIA TORACO - LOMBO- SACRA POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)	04.08.03.045-3
DISCECTOMIA TORACO - LOMBO- SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	04.08.03.046-1
DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA SUBGALEAL EXTERNA	04.08.03.009-8
TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUÓRICA CRANIANA	04.08.03.024-1
TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PUNÇÃO OU BIÓPSIA	04.08.03.036-5
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO	04.08.03.019-5
MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO	04.08.03.014-5
CRANEOTOMIA PARA BIOPSIA ENCEFÁLICA	04.08.03.001-3
CIRURGIA DE HIPÓFISE	04.08.03.006-4

3.6 PROCEDIMENTOS DE HEMODINÂMICA CARDÍACA E CEREBRAL

TABELA 07: Atividade Mensal - Hemodinâmica Cardíaca e Cerebral

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – HEMODINÂMICA													
HEMODINÂMICA REALIZADAS	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Cardíaca	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	840
Cerebral	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	300
TOTAL	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	1.140

3.7 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT

Tabela 08: Atividade Mensal – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SADT													
PROCEDIMENTOS	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Tomografia	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7.200
Ressonância Nuclear Magnética	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.400
Ultrassonografia	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	20.400
Análises Clínicas	14.000	14.000	14.000	14.000	14.000	14.000	14.000	14.000	14.000	14.000	14.000	14.000	168.000
Eletroencefalografia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200
Eletroencefalografia	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Ecodoppler Arterial	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Angiografia Cerebrais	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	300
Teste Ergométrico	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.800
Ecocardiograma	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600

3.8 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD

TABELA 09: Atividade Mensal – Serviço de Atenção Domiciliar – SAD

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SAD													
SAD	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
EMAD	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	792
EMAP	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	792

*Equipe EMAD: 02 médicos com carga horária de 20h/semanais, 01 enfermeiro com carga horária de 40h/semanais, 01 fisioterapeuta de 30h/semanais, 01 assistente social com carga horária de 30h/semanais e 04 técnicos de enfermagem com carga horária de 44h/semanais – por equipe, sabendo que cada uma deverá ter até 60 pacientes para os profissionais de enfermagem e fisioterapia e 30 pacientes por médico.

*Equipe EMAP: Deverá ser constituída por três profissionais: 2 fonoaudiólogos com carga horária de 20h semanais, 2 nutricionistas com carga horária de 20h semanais e 2 terapeutas ocupacionais com carga horária de 30h/semanais, cabendo a implantação de apenas uma equipe.

Observação: Nos serviços cuja demanda é regulada, na hipótese de impossibilidade de cumprimento das metas estipuladas por parte da CONTRATADA, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda suficiente para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

4. AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

Para a avaliação dos indicadores Quantitativos (produção) e Qualitativos que estarão diretamente ligados ao pagamento da parte variável do contrato (30% do valor global do contrato), o **HOSPITAL METROPOLITANO OESTE PELÓPIDAS SILVEIRA** deverá atingir **mensalmente** as metas definidas para os seguintes indicadores:

Quantitativos: Número de saídas hospitalares; Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial; Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem; Número de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico; Número de Cirurgias Genéricas; Número total de implantes de marcapasso definitivos realizados; Número de neurocirurgias realizadas; Número de procedimentos de hemodinâmica realizadas.

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

Qualidade da Assistência à Saúde: 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 à cateter vesical de demora em UTI adulto; Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto; Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto; 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 por ASA; Acolhimento com Classificação de Risco; Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Protocolo de Dor Torácica:** Média de tempo porta-balão (para pacientes sem trombólise prévia; Tempo para realização de ICP após trombólise em pacientes com IAMCSST, que recebem trombolítico na própria unidade. **Protocolo de AVE:**

Tempo porta-agulha para trombólise intravenosa em pacientes com AVCI; **Eficiência da Gestão Hospitalar:** Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente; Índice de intervalo de substituição geral. **Vigilância do Óbito:** Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h). **Atenção ao Usuário:**

Satisfação do Usuário; Índice de Aceitação das Respostas às Queixas Registradas. Transparência: Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.

Educação Permanente: Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.

Cada indicador mencionado terá sua respectiva meta vinculada a uma pontuação específica, a ser considerada na composição do **Índice Global de Qualidade**. O somatório das pontuações atribuídas aos indicadores poderá atingir, no máximo, 100 pontos, valor correspondente ao desempenho global pleno.

4.1. META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS)

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

Quadro 01 - Indicadores Quantitativos (Produção)

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META MENSAL
Produção	Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	1.400
	Número de saídas hospitalares	630
	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	1.400
	Número de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico	700
	Cirurgias Eletivas e Cirurgias de Urgência/Emergência	125
	Número de Procedimentos de Hemodinâmica	95

QUADRO 02: Distribuição de Cirurgias por Especialidade Médica

CIRURGIAS POR ESPECIALIDADE	
ESPECIALIDADE	QUANTIDADE
Cirurgias Genéricas	15
Neurocirurgias	90
Implante de marcapasso definitivo	20
TOTAL	125

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

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE				
TIPO	INDICADOR	META	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.	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	4	48
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	≤ 1,66%	Pontuação: 5	
		> 1,66% e ≤ 4,7%	Pontuação: 3	
		> 4,7%	Pontuação: 0	
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto	≤ 3,63%	Pontuação: 5	
		> 3,63% e ≤ 7,1%	Pontuação: 3	
		> 7,1%	Pontuação: 0	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto	≤ 7,76%	Pontuação: 5	
		> 7,76% e ≤ 13,8%	Pontuação: 3	
		> 13,8%	Pontuação: 0	
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.	4	
		A incidência de LPP no Grupo B (Braden ≤12) for igual ou inferior a 11,1%. (Obs: Com plano de cuidados documentado).	2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (Por mil)	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia	4	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1	até 0,1%	4	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2	até 5,4%	4	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3	até 17,8%	2	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4	até 65,4%	1	
	Acolhimento com Classificação de Risco	Enviar o relatório da classificação de risco	4	
	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)	Envio do Relatório de Segurança do paciente	4	
Protocolo de Dor Torácica	Média de tempo porta-balão (para pacientes sem trombólise prévia.	≤ 90 min	5	10
	Tempo para realização de ICP após trombólise em pacientes com IAMCSST, que	Em até 24 horas após a trombólise bem sucedida.	5	

	recebem trombolítico na própria unidade				
Protocolo de AVE	Tempo porta-agulha para trombólise intravenosa em pacientes com AVCI.	≤ 60 min		5	5
Eficiência da Gestão Hospitalar	Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente	Envio da Informação	4	4	8
	Índice de intervalo de substituição geral	≤1,64 dias	4		
Vigilância do Óbito	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h)	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais	Pontuação: 5	5	5
		Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais	Pontuação:3		
		Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais	Pontuação:0		
Atenção ao Usuário	Satisfação do Usuário	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%	Pontuação: 5	5	10
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%	Pontuação: 3		
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%	Pontuação:2		
		Aferir satisfação do usuário menor que 70%	Pontuação:0		
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido	5	5	
Transparência	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:7	7	7
		Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:5		
		Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:3		
		Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:2		
		Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de	Pontuação:0		

		qualidade da publicação das informações de transparência.			
Educação Permanente	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente	90,0% a 100% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 7	7	7
		80,0% a 89,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 5		
		70,0% a 79,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 3		
		< 70,0% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 0		
TOTAL					100

Observação: No que diz respeito ao Índice Global de Qualidade o primeiro trimestre de funcionamento da unidade será monitorado e avaliado, porém os resultados alcançados não serão objeto de penalização financeira por ser este período necessário à implantação do serviço.

Quadro 04 - Indicadores Quantitativos de Acompanhamento - Sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO		
TIPO	INDICADOR	META
Produção	Número de procedimentos de SADT por tipo	Envio da Informação
	Produção das Equipes SAD	Envio da Informação

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

4. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

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

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

1. Relatórios contábeis e financeiros, de acordo com o manual de orientações contábil-financeiro;
2. Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
3. Relatório de Custos;
4. Censo de origem dos pacientes atendidos;
5. Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
6. Outras, a serem definidas pela CONTRATANTE.
7. Na hipótese de impossibilidade, por parte da CONTRATADA, de cumprimento das metas estipuladas no presente contrato e seus anexos, não incidirão descontos relativos ao não cumprimento das metas de produção assistencial se o único motivo for a inexistência de demanda suficiente para atingir os parâmetros contratualmente fixados, desde que os dados e informações que atestam a não ocorrência de demanda, enviados mensalmente pela contratada, sejam, aprovados e validados pela CONTRATANTE.
8. Na hipótese de a CONTRATADA não atingir, em determinado trimestre, o mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) das metas pactuadas no contrato de gestão, esta será notificada para que nos dois trimestres subsequentes, adstritos ao ano orçamentário, promova a respectiva compensação mediante produção excedente, conforme disposto no **Art. 15-A da Lei 15.210/13 e no Art. 37. do Decreto Estadual 58.200/2025**.

ANEXO TÉCNICO II DO CONTRATO

SISTEMA DE PAGAMENTO

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

1.

COMPOSIÇÃO DOS VALORES REPASSADOS:

A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em 4 (quatro) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no AN

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

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

1.2. O montante anual do orçamento econômico-financeiro destinado ao custeio com as Despesas Operacionais e Administração Central do Contrato de Gestão é de R\$ **119.099.693,16 (cento e dezenove milhões, noventa e nove mil, seiscentos e noventa e três reais e dezesseis centavos)**, sendo mensal de R\$ **9.924.974,43 (nove milhões, novecentos e vinte e quatro mil novecentos e setenta e quatro reais e quarenta e três centavos)**, incluindo os recursos com administração central.

1.3. O montante do orçamento econômico-financeiro destinado ao custeio com as Despesas Operacionais do HOSPITAL METROPOLITANO OESTE PELÓPIDAS SILVEIRA para o exercício de 2025/2026 fica estimado em R\$ 116.891.388,36 (cento e dezesseis milhões, oitocentos e noventa e um mil, trezentos e oitenta e oito reais e trinta e seis centavos) sendo mensal de R\$ 9.740.949,03 (nove milhões, setecentos e quarenta mil, novecentos e quarenta e nove reais e três centavos) e corresponde a sua modalidade de atividade assistencial.

1.4. Os recursos correspondentes à Administração Central no valor mensal de R\$ **184.025,41 (cento e oitenta e quatro mil, vinte e cinco reais e quarenta e um centavos)** será repassado à Organização Social de Saúde, desde que se enquadre nos requisitos da PORTARIA SES no 101, de 14 de fevereiro de 2022, que revogou a Portaria SES N° 338 de 24 de setembro de 2020, que regulamenta o artigo 10-A da Lei Estadual no 15.210/2013 e seus parágrafos, que trata dos custos indiretos incorridos.

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

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

1.6.1. 70% (setenta por cento) do valor mencionado no item 1.3. acima, ou seja, R\$ **81.823.971,85 (oitenta e um milhões, oitocentos e vinte e três mil, novecentos e setenta e um reais e oitenta e cinco centavos)** será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de R\$6.818.664,32 (seis milhões, oitocentos e dezoito mil, seiscentos e sessenta e quatro reais e trinta e dois centavos).

1.6.2. 20% (vinte por cento) do valor mencionado no item 1.3. acima, ou seja, R\$ **23.378.277,67 (vinte e três milhões, trezentos e setenta e oito mil, duzentos e setenta e sete reais e sessenta e sete centavos)** será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de R\$ **1.948.189,81 (um milhão, novecentos e quarenta e oito mil, cento e oitenta e nove reais e oitenta e um centavos)** vinculado à avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.6.3. 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 1.3 acima, ou seja, R\$ 11.689.138,84 (onze milhões, seiscentos e oitenta e nove mil, cento e trinta e oito reais e oitenta e quatro centavos), será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de R\$ **974.094,90 (novecentos e setenta e quatro mil, noventa e quatro reais e noventa centavos)**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido item 2 deste Anexo Técnico.

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

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

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

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

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

1.12. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas pela CONTRATADA 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.

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

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

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

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

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

1.18. Além das atividades de rotina, o HOSPITAL METROPOLITANO OESTE PELÓPIDAS SILVEIRA poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da CONTRATANTE, conforme especificado no item 2 do Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

2. SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

2.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

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

A produção será analisada em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços, e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à CONTRATADA, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada, conforme tabela abaixo:

TABELA 01: Proporção dos indicadores e despesas especificadas:

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de saídas hospitalares	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	3,0% 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	1,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
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	2,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico	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	1,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,25% 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 Realizados por Profissional Médico e de Enfermagem	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número total de cirurgias 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	3,0% 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	1,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número Total de Cirurgias Genéricas realizadas	Acima do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0 % do valor global do contrato
Número total de Neurocirurgias	Acima do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato

	Menor que 54,99% do volume contratado	0 % do valor global do contrato
Número total de Implantes de Marcapasso Definitivos	Acima do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	Menor que 54,99% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número total de Procedimentos de Hemodinâmica	Acima do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	Menor que 54,99% do volume contratado	0,0 % do valor global do contrato

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

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

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

ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO

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

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

A cada ano, quando houver alterações nos indicadores, será elaborado novo Manual que estabelecerá todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão. O Manual que subsidiará a avaliação do ano de 2025/2026 encontra-se descrito a seguir.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

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

MANUAL DE INDICADORES – PARTE VARIÁVEL

CONTRATO DE GESTÃO

DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO

1. INTRODUÇÃO

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

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

2. METAS E INDICADORES

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

2.1 INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

QUADRO 01: Indicadores de Produção: Metas, Especificações e Fontes de Verificação

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PRODUÇÃO	Número de saídas hospitalares	Mensurar a quantidade total de pacientes que receberam alta, transferência ou óbito em determinado período, refletindo a produção assistencial do hospital.	Atingir o quantitativo de 630 saídas hospitalares por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	Avaliar o quantitativo de consultas médicas realizadas no período, mensurando a produção assistencial ambulatorial da unidade.	Realizar 1.400 consultas médicas em regime ambulatorial	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros no serviço de urgência e emergência	Apurar o quantitativo de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissionais médicos e de enfermagem no período.	Realizar 1.400 atendimentos de urgência/emergência por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico.	Avaliar o quantitativo de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos, no período	Realizar 700 consultas individuais por profissionais de nível superior, exceto médicos, no mês.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número total de cirurgias realizadas	Quantificar o conjunto de procedimentos cirúrgicos executados em determinado período, refletindo a produção cirúrgica da unidade assistencial.	Realizar 125 cirurgias por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de Cirurgias Genéricas	Analisar os procedimentos cirúrgicos de natureza geral realizados em determinado período, representando a produção cirúrgica não especializada da unidade assistencial.	Realizar 15 Cirurgias Genéricas	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número total de Neurocirurgias	Mensurar procedimentos neurocirúrgicos realizados em determinado período, refletindo a produção cirúrgica especializada do sistema nervoso central e periférico.	Realizar 90 cirurgias por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número total de Implantes de Marcapasso Definitivos	Mensurar os procedimentos de implante de marcapasso permanente realizados em determinado período, refletindo a produção assistencial em estimulação cardíaca artificial.	Realizar 20 implantes por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número total de Procedimentos de Hemodinâmica	Avaliar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em laboratório de hemodinâmica em determinado período, refletindo a produção assistencial cardiovascular intervencionista.	Realizar 95 procedimentos de Hemodinâmica por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

2.1.1. NÚMERO DE SAÍDAS HOSPITALARES

Nome	Número de Saídas Hospitalares
Conceituação	Número total de internações encerradas no período analisado, independentemente do motivo da saída (alta hospitalar, transferência, óbito, evasão ou alta a pedido), considerando apenas internações formalmente abertas e registradas no sistema de informação hospitalar.
Importância	O indicador Número de Saídas Hospitalares constitui medida essencial da produção assistencial da unidade hospitalar, pois expressa o volume de internações efetivamente concluídas no período de apuração, independentemente do desfecho clínico ou administrativo. Trata-se de um parâmetro central para avaliação do desempenho operacional, uma vez que reflete a utilização real dos leitos disponíveis e a capacidade da unidade em finalizar ciclos de cuidado. Sua mensuração possibilita acompanhar a dinâmica do fluxo assistencial, subsidiar o planejamento da oferta de serviços e apoiar o dimensionamento adequado de recursos humanos, estruturais e financeiros. Além disso, o indicador serve de base para o cálculo e análise de métricas correlatas, como média de permanência, taxa de ocupação, giro de leitos e taxa de mortalidade hospitalar. No âmbito dos contratos de gestão, assume papel estratégico na aferição do cumprimento das metas quantitativas pactuadas, funcionando como instrumento objetivo de monitoramento da produção hospitalar e da efetiva entrega de serviços à população usuária do SUS.
Meta	630 saídas hospitalares por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
	Numerador: Soma das internações encerradas no período. Critério de Inclusão - Devem ser contabilizadas todas as internações que tenham sido formalmente encerradas no período de apuração, independentemente do desfecho, incluindo: - Alta hospitalar por melhora clínica; - Alta por cura ou estabilidade; - Óbito; - Transferência para outra unidade hospitalar (interna ou externa); - Alta a pedido; - Evasão; - Encerramentos administrativos devidamente registrados. NOTA: A data considerada para fins de apuração é a data do encerramento da internação (data da saída).

Crerérlos de Exclusão - Não devem ser contabilizados:

- Pacientes ainda internados no período analisado;
- Atendimentos ambulatoriais;
- Atendimentos de urgência/emergência sem internação formal;
- Procedimentos em hospital-dia quando não configurarem internação hospitalar conforme normativa vigente;
- Movimentações internas de leito que não caracterizem encerramento da internação;
- Internações canceladas antes da efetiva admissão do paciente.

Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção).

Observações:

- O indicador de saídas hospitalares avalia o cumprimento da meta contratada, considerando o total de altas, transferências e óbitos registrados no período. Por se tratar de medida de produção absoluta, não possui denominador; contudo, sua análise deve ser realizada em conjunto com indicadores de permanência média e taxa de ocupação, a fim de subsidiar a avaliação da eficiência assistencial.
- Serão consideradas no cômputo as saídas com permanência inferior a 24 horas, desde que caracterizada internação formal, com ocupação de leito e registro regular de admissão e alta no sistema oficial da unidade. Não serão incluídos atendimentos em regime de observação, hospital-dia ou permanências em unidades de urgência e emergência que não configurem internação formal. Recomenda-se o monitoramento complementar das internações de curta duração, com vistas à identificação de possíveis distorções assistenciais ou inconsistências de registro.
- Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 5,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2026.

2.1.2. NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS EM REGIME AMBULATORIAL

Nome	Número de Consultas Médicas Realizadas em Regime Ambulatorial
Conceituação	O indicador Número de Consultas Médicas Realizadas em Regime Ambulatorial corresponde ao total de atendimentos médicos realizados a pacientes externos, sem necessidade de internação hospitalar, no período de apuração definido (mensal, trimestral ou anual).
Importância	O Número de Consultas Médicas em Regime Ambulatorial é fundamental para o monitoramento da produção assistencial pactuada nos contratos de gestão, pois reflete a capacidade operacional da unidade em garantir acesso oportuno à atenção especializada. Esse indicador permite avaliar o cumprimento das metas físicas contratualizadas, subsidiar análises de desempenho assistencial e identificar variações na oferta de serviços ao longo do tempo. Além disso, contribui para o planejamento da força de trabalho médica, organização da agenda assistencial e dimensionamento da demanda reprimida. No âmbito da gestão contratual, sua mensuração sistemática favorece a transparência, o acompanhamento da execução física do contrato e a correlação entre produção assistencial e repasse financeiro, sendo um parâmetro essencial para a avaliação de eficiência e regularidade da prestação dos serviços ambulatoriais.
Meta	1.400 consultas médicas em regime ambulatorial por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
	Numerador: Total de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial no período de referência, devidamente registradas nos sistemas oficiais de informação da unidade. Critérios de Inclusão - Devem ser contabilizadas: • Primeiras consultas médicas ambulatoriais; • Consultas de retorno; • Consultas de seguimento; • Interconsultas médicas realizadas no ambulatório; • Consultas eletivas agendadas e efetivamente realizadas; • Atendimentos médicos presenciais realizados em ambulatório hospitalar ou especializado; • Teleconsultas médicas, quando formalmente regulamentadas e pactuadas contratualmente.

CrITÉrios de Exclusão - Não devem ser contabilizados:

- Atendimentos em regime de urgência e emergência;
- Atendimentos realizados durante internação hospitalar;
- Procedimentos exclusivamente diagnósticos sem consulta médica (ex.: exame de imagem, coleta laboratorial);
- Atendimentos multiprofissionais não médicos;
- Consultas canceladas;
- Faltas de pacientes (absenteísmo);
- Encaixes não realizados;
- Reavaliações exclusivamente administrativas (ex.: entrega de resultado sem atendimento médico formal).

Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção).

Observações:

- O indicador de consultas médicas ambulatoriais avalia o cumprimento da meta contratada, considerando o volume de atendimentos médicos realizados no período. Trata-se de indicador quantitativo de produção assistencial, cuja apuração se dá pela comparação entre a produção mensal registrada e a meta pactuada.
- Incluem-se consultas eletivas, de seguimento, primeiras consultas, retornos e interconsultas, desde que devidamente registradas nos sistemas oficiais da unidade. Não são considerados atendimentos de urgência e emergência, procedimentos exclusivamente diagnósticos sem avaliação médica presencial, atendimentos multiprofissionais não médicos, bem como consultas canceladas ou não realizadas. Apenas os atendimentos efetivamente executados e registrados serão validados.
- Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 3,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados.
-

Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS: manual de orientações técnicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

2.1.3. NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REALIZADOS POR PROFISSIONAL MÉDICO E DE ENFERMAGEM

Nome	Número de atendimentos de Urgência e Emergência Realizados por Profissional Médico e de Enfermagem
Conceituação	O indicador mensura a produção assistencial da unidade hospitalar no âmbito da atenção às urgências e emergências, por meio da quantificação dos atendimentos efetivamente realizados por médicos e enfermeiros, no serviço hospitalar de urgência e emergência, em determinado período de referência.
Importância	Este indicador permite avaliar a capacidade operacional do hospital na absorção da demanda de urgência e emergência, considerando o modelo assistencial multiprofissional adotado. Sua mensuração possibilita analisar fluxo assistencial, sazonalidade da demanda, organização da classificação de risco e adequação da equipe médica e de enfermagem à carga assistencial. No âmbito contratual, constitui instrumento estratégico de avaliação de desempenho, estando vinculado à execução física e financeira do contrato, garantindo transparência e rastreabilidade da produção.
Meta	1.400 atendimentos de urgência/emergência por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
	Numerador: Soma do número de atendimentos realizados por médico e/ou enfermeiro no serviço hospitalar de urgência e emergência, no período de apuração. Crítérios de Inclusão: - Atendimentos realizados por médico no serviço de urgência e emergência; - Atendimentos realizados por enfermeiro, incluindo classificação de risco e atendimento assistencial conforme protocolos institucionais; - Atendimentos com posterior alta, observação ou internação; - Atendimentos de demanda espontânea ou regulada; - Atendimentos realizados 24 horas por dia; - Registros devidamente lançados nos sistemas oficiais da unidade.

Crítérios de Exclusão:

- Registros duplicados ou inconsistentes;
- Procedimentos isolados sem atendimento assistencial formal;
- Atendimentos exclusivamente administrativos;
- Atendimentos ambulatoriais eletivos;
- Registros fora do período de competência.

Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção).

Observação Técnica Importante - Para evitar dupla contagem, recomenda-se que:

- Cada usuário seja contabilizado uma única vez por episódio de atendimento, independentemente de ter sido atendido por enfermeiro e posteriormente por médico.

NOTA: Para fins de apuração, consideram-se atendimentos aqueles prestados aos usuários que acessam o hospital por demanda espontânea, referenciada ou regulada, independentemente da classificação de risco, desde que compatíveis com o perfil assistencial pactuado contratualmente e devidamente registrados nos sistemas oficiais adotados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE).O indicador tem por finalidade mensurar o volume global de atendimentos assistenciais realizados na porta hospitalar de urgência e emergência, subsidiando o monitoramento da produção e da execução contratual.

Observação:

- O indicador de atendimentos de urgência e emergência por profissionais médicos e de enfermagem avalia o cumprimento da meta contratada. Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 3,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados.
- A avaliação do desempenho será realizada mediante comparação entre a produção mensal registrada e a meta pactuada, conforme critérios contratuais vigentes;
- Somente serão considerados válidos os atendimentos efetivamente executados e registrados nos sistemas oficiais de informação;
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de

Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

REFERÊNCIAS:

BRASIL.Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

2.1.4. NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS

Nome	Número de Cirurgias Realizadas
Conceituação	O indicador de número de cirurgias realizadas mensura o volume total de procedimentos cirúrgicos executados pela unidade de saúde em determinado período, contemplando o conjunto das especialidades cirúrgicas pactuadas no contrato de gestão, incluindo cirurgias genéricas, vasculares, traumato-ortopédicas, artroplastias de joelho e cardiológicas.
Importância	Permite avaliar, de forma estruturada, a produtividade e a capacidade operacional do serviço cirúrgico da unidade de saúde. O indicador contribui para o monitoramento do volume de procedimentos realizados, possibilitando a identificação de variações na produção assistencial, da utilização da capacidade instalada e da eficiência operacional do centro cirúrgico. Além disso, subsidia a análise da utilização de recursos assistenciais, incluindo equipes multiprofissionais, salas cirúrgicas, equipamentos e insumos, favorecendo o planejamento operacional e a alocação mais eficiente desses recursos. Também apoia a gestão na identificação de gargalos no fluxo assistencial, na otimização do acesso aos procedimentos cirúrgicos e na melhoria da resolutividade e da qualidade da assistência prestada.
Meta	Realizar 15 Cirurgias Genéricas, 90 cirurgias neurológicas, 20 implantes de marcapasso definitivo , por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
	Numerador:Total de cirurgias realizadas no período de referência, correspondendo ao somatório dos procedimentos cirúrgicos pactuados e devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação da unidade. Crítérios de Inclusão: • Todas as cirurgias efetivamente realizadas no período de referência; • Procedimentos com início e conclusão em centro cirúrgico ou ambiente devidamente habilitado; • Cirurgias com registro completo nos sistemas oficiais da unidade (mapa cirúrgico, prontuário e sistema de informação); • Procedimentos realizados em pacientes internados ou em regime ambulatorial, desde que caracterizados como ato cirúrgico. Crítérios de Exclusão: •

Procedimentos cancelados, suspensos ou não realizados;

-

Procedimentos exclusivamente diagnósticos ou intervencionistas que não se caracterizem como ato cirúrgico;

-

Atendimentos realizados fora de ambiente cirúrgico sem formalização do procedimento;

-

Registros incompletos, duplicados ou não validados nos sistemas oficiais;

-

Pequenos procedimentos ambulatoriais, quando não classificados institucionalmente como cirúrgicos.

Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção).

Observação Técnica

Para fins de apuração, cada procedimento cirúrgico deverá ser contabilizado individualmente, independentemente do número de profissionais envolvidos ou do tempo de duração do ato operatório. Recomenda-se validação cruzada entre centro cirúrgico, sistema de informação hospitalar e registros assistenciais para garantia de consistência dos dados.

Observação:

-

O indicador de número de cirurgias realizadas avalia o cumprimento da produção cirúrgica global da unidade em relação ao volume contratado, considerando o somatório das especialidades cirúrgicas pactuadas. Quando o desempenho da unidade atinge entre 85,0% e 100% da meta estabelecida, é assegurado o repasse correspondente aos seguintes percentuais do valor global do contrato:

-

Número Total de Cirurgias Genéricas realizadas : 1,0%;

-

Número total de Neurocirurgias: 1,0%;

-

Número total de Implantes de Marcapasso Definitivos: 1,0%.

-

Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

REFERÊNCIAS:

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção às Urgências. Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

2.1.5 NÚMERO DE PROCEDIMENTOS HEMODINÂMICOS

Nome	Número de Procedimentos Hemodinâmicos
Conceituação	Este indicador mensura o quantitativo de procedimentos de hemodinâmica cardíaca e vascular realizados no âmbito da assistência à saúde. Inclui procedimentos diagnósticos e terapêuticos executados em serviço de hemodinâmica, por meio de técnicas minimamente invasivas com utilização de cateteres e recursos de imagem, destinados à avaliação e ao tratamento de doenças cardiovasculares e vasculares periféricas, desde que devidamente registrados nos sistemas oficiais da unidade.
Importância	O acompanhamento deste indicador permite avaliar a capacidade operacional e a produção assistencial do serviço de hemodinâmica cardíaca e vascular, contribuindo para o monitoramento do acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos especializados. Além disso, auxilia na gestão dos recursos assistenciais, no planejamento da oferta de serviços e na avaliação do desempenho da unidade quanto à atenção cardiovascular de média e alta complexidade, incluindo intervenções cardíacas e vasculares periféricas.
Meta	Procedimentos cardíacos realizados: 70 por mês Procedimentos cerebrais realizados: 25 por mês
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
	Numerador: Total de procedimentos hemodinâmicos diagnósticos e terapêuticos efetivamente realizados e registrados nos sistemas oficiais da unidade durante o período de referência. Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção). Critérios de Inclusão: - Procedimentos hemodinâmicos diagnósticos e terapêuticos efetivamente realizados no período de referência; - Procedimentos realizados em pacientes ambulatoriais ou internados; - Procedimentos devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação da unidade; - Procedimentos com registro completo em prontuário e documentação assistencial correspondente. Critérios de Exclusão: - Procedimentos agendados e não realizados; - Procedimentos cancelados antes de sua execução;

- Registros duplicados;
- Procedimentos sem registro nos sistemas oficiais da unidade;
- Procedimentos realizados fora do período de referência.

Objetivo

Mensurar a produção assistencial do serviço de hemodinâmica por meio do quantitativo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados no período de referência.

Observação:

- Incluem-se os procedimentos de hemodinâmica cardíaca e vascular realizados no serviço de hemodinâmica, tais como cateterismos, angiografias, angioplastias e demais procedimentos diagnósticos ou terapêuticos correlatos, desde que devidamente registrados nos sistemas oficiais da unidade e compatíveis com a habilitação do serviço.
- A aferição do desempenho observará os parâmetros e faixas de pontuação estabelecidos no Contrato de Gestão, estando o repasse financeiro condicionado à validação da produção apresentada.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio, processamento ou validação das informações.

REFERÊNCIAS:**2.2 INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA**

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

A seguir, apresentam-se os indicadores de produção assistencial sem valoração financeira, utilizados exclusivamente para fins de acompanhamento.

Quadro 02: Quadro Geral de Indicadores Quantitativos de Acompanhamento

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PRODUÇÃO	Número de procedimentos de SADT por tipo	Total de procedimentos de SADT por tipo	Apresentar informação sobre os procedimentos de SADT	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Produção das Equipes SAD	Total da produção das equipes SAD	Apresentar informação sobre a produção da equipe SAD	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

2.2.1. NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE SADT POR TIPO

Nome	Número de Procedimentos de SADT por tipo
Conceituação	O indicador Número de Procedimentos de SADT por Tipo mensura a produção assistencial referente aos procedimentos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) realizados pela unidade de saúde, discriminados conforme sua natureza ou especialidade diagnóstica/terapêutica, em determinado período de referência.
Importância	O indicador é fundamental para o monitoramento da capacidade operacional do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da unidade, permitindo avaliar o volume e a diversidade dos exames e procedimentos ofertados à população. Sua estratificação por tipo possibilita identificar o perfil da demanda assistencial, analisar a utilização dos recursos tecnológicos disponíveis, monitorar a produtividade por área diagnóstica e verificar a adequação da oferta à complexidade do hospital. No âmbito da gestão contratual, o indicador subsidia a verificação do cumprimento das metas físicas pactuadas, contribui para o acompanhamento da execução financeira (especialmente quando há valores diferenciados por grupo de procedimento) e fortalece a transparência na mensuração da produção. Além disso, permite avaliar impactos sobre o fluxo assistencial, tempo de permanência hospitalar, resolatividade clínica e taxa de encaminhamento externo, apoiando decisões estratégicas relacionadas à ampliação, redimensionamento ou qualificação dos serviços diagnósticos. Por fim, constitui instrumento relevante para auditoria, controle e fiscalização da produção assistencial, assegurando aderência ao perfil assistencial contratado e à capacidade instalada da unidade.
Meta	Apresentar informações sobre os procedimentos de SADT.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção).
	Numerador: Soma do número de procedimentos de SADT realizados no período de apuração, discriminados por tipo, devidamente registrados nos sistemas oficiais da unidade. Critério de Inclusão: • Procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico realizados na unidade; • Exames laboratoriais (análises clínicas, bioquímica, hematologia, microbiologia etc.); • Exames de imagem (radiografia, tomografia, ultrassonografia, ressonância, quando aplicável); • Métodos gráficos (ECG, EEG, MAPA, Holter etc.); • Procedimentos endoscópicos diagnósticos ou terapêuticos; • Procedimentos realizados em pacientes ambulatoriais, de urgência/emergência ou internados; • Procedimentos efetivamente realizados e concluídos;

- Registros devidamente lançados e validados no sistema oficial (SIA/SUS, BPA, APAC ou sistema próprio validado pela SES).

Critério de Exclusão:

- Procedimentos solicitados, mas não realizados;
- Exames cancelados ou interrompidos sem conclusão técnica;
- Registros duplicados ou inconsistentes;
- Procedimentos realizados fora do período de competência;
- Procedimentos exclusivamente administrativos (ex.: cadastro, agendamento);
- Exames repetidos por erro técnico (quando configurado retrabalho).

Observação 01:

Para fins de apuração, consideram-se procedimentos de SADT aqueles exames ou atos terapêuticos complementares solicitados por profissional habilitado, destinados à investigação diagnóstica, monitoramento clínico ou tratamento, tais como exames laboratoriais, exames de imagem, métodos gráficos, endoscopias, exames cardiológicos, entre outros, desde que compatíveis com o perfil assistencial e devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação.

A expressão "por tipo" refere-se à necessidade de estratificação da produção por categoria de procedimento, conforme classificação pactuada contratualmente (ex.: laboratório, radiologia, tomografia, ultrassonografia, endoscopia, métodos diagnósticos especializados, etc.). Trata-se de indicador quantitativo de produção assistencial, com apuração individualizada por grupo ou tipo de procedimento.

Nota:

Indicador não valorado para fins de repasse financeiro, sendo utilizado exclusivamente para monitoramento da produção de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), por tipo de procedimento.

Seu acompanhamento possui caráter gerencial, permitindo a análise do perfil e volume dos exames e procedimentos realizados, subsidiando o planejamento da capacidade instalada, a organização da oferta de serviços e a qualificação do apoio diagnóstico e terapêutico, sem impacto direto no cálculo de metas financeiras contratuais.

Observação 02:

Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS): Manual Técnico Operacional. Brasília: Ministério da Saúde, versão vigente.

2.2.2. NÚMERO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Nome	Serviço de Atenção Domiciliar - SAD
Conceituação	O indicador mede a produção do Serviço de Atenção Domiciliar , registrando tanto o número de atendimentos realizados quanto o número de pacientes acompanhados pelo serviço durante o período de referência.
Importância	O indicador do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é fundamental para monitorar a produção do serviço, medindo tanto o número de atendimentos realizados quanto o número de pacientes acompanhados. Ele permite avaliar a continuidade do cuidado a pacientes com condições crônicas, pós-alta hospitalar ou limitações físicas, garantindo que recebam assistência adequada no domicílio e contribuindo para a redução de complicações e readmissões hospitalares. Além disso, fornece informações essenciais para a gestão eficiente de recursos, permitindo o dimensionamento da equipe e a alocação adequada de insumos, medicamentos e equipamentos. O acompanhamento domiciliar promove a qualidade assistencial e a humanização do atendimento, oferecendo suporte individualizado ao paciente e à família. Por fim, o indicador é uma ferramenta estratégica de monitoramento e controle em contratos de gestão, possibilitando avaliação objetiva da produção e cobertura do serviço, assegurando a efetividade, a transparência e a eficiência da assistência prestada.
Meta	Apresentar informações sobre o quantitativo de usuários acompanhados pelo SAD e o número de atendimentos domiciliares realizados por cada paciente no período de referência, permitindo avaliar tanto a cobertura do serviço quanto a intensidade do acompanhamento prestado a cada usuário.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
	Numerador: 1. Dimensão 1 – Pacientes acompanhados: o Numerador: Número de pacientes que receberam pelo menos um atendimento domiciliar no período de referência. o Cada paciente é contado apenas uma vez, independentemente do número de visitas realizadas. 2. Dimensão 2 – Consultas/atendimentos realizados: o Numerador: Número total de atendimentos domiciliares realizados no período de referência, contabilizando cada visita domiciliar efetivamente

realizada e registrada.

o

Permite avaliar a intensidade do acompanhamento de cada paciente.

Critérios de Inclusão - Consultas realizadas no domicílio do paciente por médico integrante do SAD;

-

Pacientes acompanhados pelo SAD com prescrição médica vigente.

-

Atendimentos domiciliares realizados no domicílio, registrados em prontuário ou sistema de informação do serviço.

-

Pacientes que receberam **pelo menos um atendimento domiciliar** durante o período de referência.

-

Atendimentos realizados por **profissionais habilitados** (enfermagem, médico, fisioterapeuta, etc.) conforme protocolo do SAD.

Critérios de Exclusão - Não devem ser contabilizadas:

-

Atendimentos **cancelados, não realizados ou realizados fora do domicílio** (ex.: hospital, ambulatório).

-

Pacientes sem **registro formal do atendimento** no período.

-

Atendimentos realizados a pacientes que não estão **cadastrados no SAD** ou sem plano de cuidado registrado.

-

Visitas **administrativas ou de suporte sem cuidado direto ao paciente**, se houver registro distinto.

Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção).

Definição: A Atenção Domiciliar é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde.

O cuidado em casa é realizado pelas equipes multiprofissionais dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que incluem:

	• Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD): Responsáveis por fornecer cuidados médicos, de enfermagem e outros serviços essenciais diretamente na residência do paciente. • Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP): Oferecem suporte adicional às EMAD, visando garantir que todas as necessidades do paciente sejam atendidas de forma integrada e eficiente. NOTA: Para fins de apuração, consideram-se consultas de atenção domiciliar os atendimentos presenciais realizados por profissionais de saúde integrantes da equipe multiprofissional do SAD (médico, enfermeiro ou outros profissionais habilitados conforme o plano terapêutico), destinados à avaliação clínica, acompanhamento, tratamento, reabilitação ou monitoramento do paciente no ambiente domiciliar. As consultas devem estar vinculadas a pacientes formalmente admitidos no SAD, com Plano de Atenção Domiciliar (PAD) ativo, e devidamente registradas nos sistemas oficiais de informação adotados pela Secretaria contratante. Observação: • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 jan. 2024.
--	---

2.3. INDICADORES DE QUALIDADE

Com o intuito de qualificar a análise dos indicadores de qualidade dos contratos de gestão foi desenvolvido um Índice Global de Qualidade, que abrange áreas essenciais como qualidade da assistência à saúde, vigilância do óbito, programa de imunização, atenção ao usuário, transparência e educação permanente. O índice, com pontuação variando de 0 a 100 pontos, tem seu resultado alcançado diretamente relacionado à sistemática de pagamento do contrato de gestão, incentivando a melhoria contínua e o cumprimento das metas estabelecidas.

Segue abaixo o Quadro Geral de Indicadores de Qualidade:

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

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
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	48
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI adulto.	≤ 1,66%	Pontuação: 5	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	5	
			> 1,66% e ≤ 4,7%	Pontuação: 3			
			> 4,7%	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	≤ 3,63%	Pontuação: 5	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	5	
			> 3,63% e ≤ 7,1%	Pontuação: 3			
			>7,1%	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.	≤7,76%	Pontuação: 5	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	5	
			>7,76% e ≤ 13,8%	Pontuação: 3			
			> 13,8%	Pontuação: 0			
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	Monitorar a incidência de Lesão por Pressão adquirida no hospital em pacientes com Escala de Braden ≥ 13, avaliando a efetividade das medidas preventivas,	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	
		Monitorar a incidência de Lesão por Pressão adquirida no hospital em pacientes com Escala de Braden ≤ 12, avaliando a efetividade das medidas preventivas e do plano de cuidados documentado.	A incidência de LPP no Grupo B (Braden ≤12) for igual ou inferior a 11,1%. (Obs: Com plano de cuidados documentado).			2	
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	Monitorar e avaliar a segurança e qualidade do atendimento	até 5,4%		SIMAS ou outra solução	4		

	cirúrgica segundo ASA 2	cirúrgico em pacientes com risco moderado (ASA 2).		determinada pela SES/PE		
	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	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	
	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)	Garantia que os incidentes de segurança sejam registrados, analisados e corrigidos.	Envio do Relatório de Segurança do paciente	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	
Protocolo de Dor Torácica	Média de tempo porta-balão (para pacientes sem trombólise prévia.	Avaliar a eficiência e a oportunidade do atendimento hospitalar no manejo do Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAM com supra), mensurando o intervalo entre a chegada do paciente à unidade hospitalar e a realização da reperfusão mecânica (insuflação do balão).	≤ 90 min	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	5	10
	Tempo para realização de ICP após trombólise em pacientes com IAMCSST, que recebem trombolítico na própria unidade	Avaliar o tempo decorrido entre a administração do trombolítico e a realização da Intervenção Coronária Percutânea (ICP) em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMCSST) que recebem o trombolítico na própria unidade de saúde, com o intuito de otimizar o atendimento e melhorar os desfechos clínicos, garantindo a realização da ICP dentro do tempo recomendado para a redução de complicações e mortalidade.	Em até 24 horas após a trombólise bem sucedida.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	5	
Protocolo de AVE	Tempo porta-agulha para trombólise intravenosa em	Avaliar a agilidade do atendimento hospitalar no início da trombólise	≤ 60 min	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	5

	pacientes com AVCI.	intravenosa em pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico.					
Eficiência da Gestão Hospitalar	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		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4	8
	Índice de intervalo de substituição geral	Avaliar e monitorar o tempo entre a desocupação e a ocupação de leitos hospitalar	≤1,64 dias		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4	
Vigilância do Óbito	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h)	Avaliar as causas dos óbitos que ocorreram após 24 horas de internação.	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais	Pontuação: 5	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	5	5
			Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais	Pontuação:3			
			Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais	Pontuação:0			
Atenção ao Usuário	Satisfação do Usuário	Aferição mensal do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes atendidos.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%	Pontuação: 5	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	10
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%	Pontuação: 3			
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%	Pontuação:2			
			Aferir satisfação do usuário menor que 70%	Pontuação:0			
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas	Publicação mensal de informações de transparência em consonância com normativas vigentes.	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	
Transparência	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência	Aferição mensal da qualidade da resolução das queixas recebidas na unidade.	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:7	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES	7	7
			Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:05			
			Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da	Pontuação:3			

			publicação das informações de transparência.				
			Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:2			
			Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:0			
Educação Permanente	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente	Avaliar a execução do plano de educação permanente.	90,0% a 100% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 7	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	7	7
			80,0% a 89,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 5			
			70,0% a 79,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 3			
			< 70,0% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 0			
TOTAL							100

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

3. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DE QUALIDADE - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

Nome	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.
Conceituação	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.
Importância	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.
Meta	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Total de internações que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas cirúrgicas que constam no denominador (saídas no mês anterior ao mês de competência). Critérios de inclusão: • Motivo da reinternação compatível com complicações pós-operatórias (ex: infecção de sítio cirúrgico, deiscência, hemorragia, tromboembolismo, etc.); • Internação hospitalar (não inclui atendimentos ambulatoriais ou em pronto atendimento sem internação). • Reinternações hospitalares ocorridas no mesmo estabelecimento, dentro de 30 dias corridos, com diagnóstico relacionado ao procedimento cirúrgico inicial, conforme CID Critérios de Exclusão: • Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos; • Reinternações eletivas programadas ou previamente agendadas no momento da alta; • Reinternações em até 30 dias por trauma ou outra condição aguda não relacionada à cirurgia inicial. b) Denominador: Total de saídas cirúrgicas no mês anterior ao mês de competência. Critérios de inclusão: • Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico hospitalar (eletivo ou de urgência/emergência); • Alta hospitalar ocorrida no período de análise (ex: mês, trimestre, ano); • Alta com condição de alta definitiva (exclui transferências); • Procedimentos realizados em centro cirúrgico (cirurgias propriamente ditas, não procedimentos ambulatoriais ou de diagnóstico). Critérios de Exclusão: • Não se aplica Observação 01:

- Para a estratificação das reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída da sua primeira internação.

Observação 02:

- **Fonte de dados:** 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.
- A contagem do prazo de 30 dias tem início no **dia seguinte à data da alta hospitalar** do paciente. A unidade de análise será a **coorte mensal de altas hospitalares** decorrentes de procedimento cirúrgico. A reinternação deve ocorrer **na mesma unidade hospitalar** e ser registrada no mesmo sistema de informação hospitalar (ex: SIH-SUS), com codificação compatível com complicações cirúrgicas.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

Referência da meta:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). *Ficha técnica - Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias*. Qualiss. [S.l.], 1 abr. 2018. p. 1–5.

Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Sítio cirúrgico: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde*. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde; Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Brasília: Anvisa, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Crítérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde*. Brasília: Anvisa, 2017.

3.2. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA EM UTI ADULTO

Nome	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical de demora em UTI Adulto
Conceituação	Mensura a ocorrência de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical de demora (ITU-CVD) em pacientes internados em UTI Adulto, considerando o tempo de exposição ao dispositivo, expresso em cateteres-dia.
Importância	O acompanhamento da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada ao 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.

Meta	≤ 1,66
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1.000
Definições	Fórmula do cálculo: (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000 Estratificar os dados da fórmula em: • Unidade de terapia intensiva (UTI) adulto a) Numerador: Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse. Critérios de inclusão: • Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário; • O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; • Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas. Critérios de Exclusão: • Pacientes que utilizam cateter duplo J; • Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico). b) Denominador: Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse. Obs: Para fins de monitoramento contratual, serão contabilizados apenas os dias de exposição referentes aos cateteres vesicais de demora cuja inserção tenha ocorrido sob responsabilidade da equipe assistencial da UTI. Critérios de inclusão: • Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário Critérios de Exclusão: • Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de demora, como cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente; • 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). Observação 01: • A caracterização de infecção do trato urinário (ITU) associada ao uso de cateter vesical de demora (CVD) deverá obrigatoriamente seguir os critérios diagnósticos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme

descrito no **Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), nº 01 / 2024.**

-

Os casos deverão ser validados pela **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** da unidade, com base em registros clínicos, laboratoriais e de dispositivos, assegurando uniformidade, rastreabilidade e comparabilidade dos dados.

Observação 02: A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. 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.

Definições:

-

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

-

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.

Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora (CVD)

-

Conforme as recomendações vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e demais protocolos institucionais, a contratada deverá adotar práticas sistemáticas para reduzir a ocorrência de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora (ITU-CVD) em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

-

Entre as principais medidas preventivas destacam-se: utilização do cateter vesical apenas mediante indicação clínica devidamente justificada; inserção do dispositivo por profissional capacitado e utilizando técnica asséptica; higienização das mãos antes e após qualquer manipulação do sistema; manutenção do sistema de drenagem fechado e íntegro; fixação adequada do cateter; posicionamento correto da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga; esvaziamento periódico da bolsa coletora sem contato com superfícies contaminadas; avaliação diária da necessidade de permanência do dispositivo, com remoção imediata quando cessada a indicação clínica; capacitação permanente da equipe assistencial; e monitoramento contínuo dos indicadores relacionados ao uso do dispositivo.

-

A contratada deverá implementar e monitorar a adesão aos bundles de prevenção de infecção associados ao cateter vesical de demora, realizar vigilância epidemiológica ativa dos casos suspeitos e confirmados, registrar diariamente os pacientes em uso do dispositivo e os respectivos dias de cateter, bem como adotar medidas corretivas sempre que identificadas não conformidades ou aumento das taxas de infecção.

Observação:

Para fins de apuração deste indicador contratual, serão considerados apenas os cateteres vesicais de demora cuja inserção tenha ocorrido sob responsabilidade da equipe assistencial da UTI. Nos casos em que o dispositivo for removido e posteriormente reinserido na unidade, a contagem dos cateteres-dia e a identificação de eventuais infecções associadas passarão a ser consideradas a partir da nova inserção.

Nota:

-

Todos os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto deverão ser monitorados sistematicamente quanto ao uso de cateter vesical de demora, com adoção de medidas preventivas fundamentadas em evidências científicas e em conformidade com as diretrizes da ANVISA, do PNPCIRAS e da RDC nº 36/2013, visando à redução das infecções relacionadas à assistência à saúde, ao fortalecimento das práticas de segurança do paciente e à melhoria contínua da qualidade da assistência prestada.

Observações:

-

O resultado do indicador expressa o número de infecções do trato urinário associadas ao cateter vesical de demora para cada 1.000 cateteres-dia observados na UTI Adulto. Quanto menor a densidade de incidência, melhor o desempenho da unidade quanto à prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

-

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

-

Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

Referência da meta:

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

Referências:

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Observatório ANAHP. 3. ed. São Paulo: ANAHP, 2011.
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Observatório ANAHP 2019: publicação anual. 11. ed. São Paulo: ANAHP, 2019.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa n.º 4, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, set. 2010.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde: indicador nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde. Boletim Informativo, v. 1, n. 3, Brasília, 2011.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Nota Técnica GVIMS/GGTES n.º 03/2019. Brasília: Anvisa, 2019.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS. Manual de Vigilância Epidemiológica das IRAS. Brasília: ANVISA, 2024.

3.3. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DA CORRENTE SANGÜÍNEA, LABORATORIALMENTE CONFIRMADA, ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EM UTI ADULTO

Nome	Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, Associada à Cateter Venoso Central em UTI Adulto
Conceituação	A taxa de densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central (CVC), em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é expressa por 1.000 cateteres-dia. A utilização de "cateter-dia" como denominador permite o ajuste do tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a ocorrência dessa infecção.
Importância	A densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central constitui um dos principais indicadores de qualidade e segurança assistencial em unidades de terapia intensiva. Seu monitoramento permite avaliar a efetividade das medidas de prevenção relacionadas à inserção, manutenção e manejo do dispositivo, contribuindo para a redução de infecções relacionadas à assistência à saúde, da morbimortalidade, do tempo de internação e dos custos assistenciais.
Meta	≤ 3,63
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
	a) Numerador: Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês. Critérios de inclusão : • Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior. Critérios de Exclusão : •

Definição

Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.).

b) Denominador: Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês.

Critérios de inclusão:

-

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.

Critérios de Exclusão:

-

Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.).

-

Pacientes admitidos na UTI já com cateter venoso central instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI).

Observações:

-

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.

-

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.

-

NÃO são considerados cateteres centrais para fins de notificação de dados de IPCSL: fistula 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.

-

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.

- Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (ANVISA), nº 01 / 2024.

Definições:

- Cateter central: dispositivo intravascular utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação esteja posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquiocefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e em recém-nascidos todo cateter umbilical venoso ou arterial.

- Tipos de cateteres centrais para fins de vigilância epidemiológica:

- Cateter central permanente: 1) cateter tunelizado, incluindo o cateter tunelizado de hemodiálise; 2) cateter totalmente implantável, incluindo ports.

- Cateter central temporário: cateter não tunelizado, cateter não implantável, incluindo cateter temporário para hemodiálise.

- Cateter central de inserção periférica (PICC): dispositivo intravenoso, introduzido através de uma veia superficial ou profunda de um membro superior ou inferior até o terço distal da veia cava superior ou proximal da veia cava inferior.

- Cateter 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.

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.

Observação: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

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

Referências:

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

3.4. 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
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.
Meta	≤ 7,76
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
Definição	a) Numerador: Número de episódios de pneumonia diagnosticada segundo os critérios clínico-epidemiológicos e laboratoriais da ANVISA, ocorridos em pacientes em ventilação mecânica invasiva por mais de dois dias consecutivos, em um mês. Critérios de inclusão:

- Pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou esta havia sido removida no dia anterior.

Critérios de Exclusão:

- Não são considerados ventilação mecânica invasiva para fins de vigilância epidemiológica os dispositivos de ventilação não invasiva, tais como CPAP, BiPAP, cateter nasal de alto fluxo, máscara facial ou máscara nasal, exceto quando a pressão positiva for administrada por via aérea artificial (tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia).

b) Denominador: Número total de ventilação mecânica-dia (VM-dia) no período de referência.

Critérios de inclusão:

- Total de dias em que todos os pacientes da UTI estiveram em ventilação mecânica invasiva, durante o período avaliado, em um mês.

Critérios de Exclusão:

- Dias em que o paciente não esteve em ventilação mecânica invasiva
- Pacientes em outras unidades que não a UTI.

Medidas de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI Adulto

Conforme as recomendações vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e demais protocolos institucionais, a contratada deverá adotar práticas sistemáticas para prevenir a ocorrência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Entre as principais medidas preventivas destacam-se: higienização adequada das mãos antes e após o contato com o paciente ou com dispositivos respiratórios; elevação da cabeceira do leito entre 30° e 45°, salvo contra-indicação clínica; avaliação diária da possibilidade de interrupção da sedação e de desmame ventilatório; extubação precoce sempre que clinicamente possível; higiene oral com antisséptico conforme protocolo institucional; manutenção adequada da pressão do cuff; manejo apropriado dos circuitos ventilatórios; aspiração de secreções quando clinicamente indicada, utilizando técnica asséptica; monitoramento contínuo dos parâmetros ventilatórios; e capacitação permanente da equipe multiprofissional.

A contratada deverá implementar e monitorar a adesão aos bundles de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, realizar vigilância epidemiológica ativa dos casos suspeitos e confirmados, registrar diariamente os pacientes submetidos à ventilação

mecânica invasiva e os respectivos dias de ventilação mecânica, bem como adotar medidas corretivas sempre que identificadas não conformidades ou aumento da incidência de infecção.

Observação:

-

Serão considerados para o cálculo da Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica os pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva durante a permanência na UTI Adulto, observando-se os critérios diagnósticos vigentes estabelecidos pela ANVISA para vigilância epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

-

Pacientes admitidos na UTI já em ventilação mecânica invasiva deverão ser incluídos na contagem dos dias de ventilação mecânica a partir da admissão na unidade. Nos casos de suspensão e posterior reinício da ventilação mecânica, a contagem dos dias de exposição será retomada conforme os critérios de vigilância epidemiológica vigentes.

Nota:

Todos os pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva na UTI Adulto deverão ser monitorados sistematicamente quanto à ocorrência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, com adoção de medidas preventivas fundamentadas em evidências científicas e em conformidade com as diretrizes da ANVISA, do PNPCIRAS e da RDC nº 36/2013, visando à redução das infecções relacionadas à assistência à saúde, ao fortalecimento da segurança do paciente e à melhoria contínua da qualidade da assistência prestada.

Definição:

-

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.

Observações:

-

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.

-

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).

-

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

	Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência da meta: Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA. Referências: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. 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. [S. l.]: Anvisa, 3 jan. 2024. p. 1–55.
--	---

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

Nome	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).
Conceituação	Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante o internamento hospitalar, ajustando os dados de acordo com a classificação de risco clínico dos pacientes (Escala de Braden) e considerando o tempo de exposição (em pacientes-dia).
Importância	A incidência de lesão por pressão (LPP) ajustada pelo risco clínico, por meio da Escala de Braden, é fundamental para avaliar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes internados. Este indicador permite identificar eventuais falhas nos processos de cuidado, especialmente relacionados à prevenção, monitoramento e manejo das condições que levam ao desenvolvimento de LPP. 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. 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.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de pacientes do Grupo A ou B que desenvolveram LPP b) Denominador: Número total de pacientes do Grupo A ou B sem LPP na admissão Observação 01: Grupo A : Pacientes com Braden ≥ 13 (baixo/médio risco); Grupo B : Pacientes com Braden ≤ 12 (alto risco) Critérios de inclusão (para numerador e denominador): - Pacientes adultos (≥18 anos) internados em unidades de internação clínica, cirúrgica ou UTI; - Que não apresentavam LPP na admissão hospitalar;

Com registro da Escala de Braden na admissão;

•

Com permanência mínima de 48 horas no hospital (internações muito breves podem não permitir avaliação real de risco ou surgimento da lesão).

Critérios de Exclusão:

•

Pacientes com **LPP pré-existente** no momento da admissão;

•

Pacientes com **internamento inferior a 48 horas**;

•

Pacientes sem avaliação pela Escala de Braden devidamente registrada;

•

Pacientes em cuidados paliativos exclusivos, com registro de plano de conforto;

•

Casos em que houve **recusa documentada** de familiares quanto à adoção de medidas preventivas essenciais.

•

Pacientes em cuidados paliativos avançados, nos quais a prevenção ou tratamento da lesão por pressão não constitui mais objetivo terapêutico, conforme registrado em prontuário;

Avaliação de Risco Pela Escala de Braden:

•

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, Fricção e Força de Cisalhamento.

•

Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3.

•

O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os usuários classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9 pontos), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos).

Observação 02

A avaliação de risco para esse tipo de lesão deverá ser realizada o mais precocemente (recomendável dentro das primeiras 8 horas) após a admissão do usuário na unidade.

Segue a Escala de Braden em formato resumido:

Figura 1: Escala de Braden (Fatores de risco para Lesão por Pressão) Versão resumida.

Pontos	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Leve Limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	levemente limitado	Não apresenta limitações

Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e cisalhamento	Problema	Problema em potencial	nenhum problema	-
Risco Muito Alto			6 a 9 pontos	
Risco Alto			10 a 12 pontos	
Risco Moderado			13 a 14 pontos	
Risco Leve			15 a 18 pontos	

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 intacta 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.

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

Nome	Densidade de Incidência de Quedas (com ou sem lesão) de Pacientes Internados (por mil).
Conceituação	Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição.
Importância	O indicador em questão mensura a taxa de incidência de quedas, com ou sem lesões associadas, por 1.000 pacientes internados. A redução desta taxa é indicativa de melhoria na segurança do paciente.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1.000
Definição	Densidade de Incidência de Quedas = (Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse / Total de pacientes-dia) × 1.000 a) Numerador: Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse. Crítérios de Inclusão: - 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); - Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V); - Todos os pacientes da instituição independente da idade. Crítérios de Exclusão: - Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe. b) Denominador: Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse. Crítérios de Inclusão: - 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. Crítérios de exclusão: - Não é aplicável. Observação 01: Queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008; Sociedade Hospital Samaritano, 2013). Observação 02:

Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico. Níveis de lesão: **Nível I** (nenhum): paciente não sofreu lesões. **Nível II** (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. **Nível III** (moderado): resultou em sutura, aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. **Nível IV** (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. **Nível V** (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda.

Notificação da Queda:

-

A notificação da queda é de **responsabilidade da equipe de enfermagem** da unidade onde ocorreu o evento.

-

O profissional que presenciar ou tomar conhecimento da queda deverá **registrar imediatamente**:

-

Em campo específico do **prontuário do paciente**;

-

No **formulário de notificação de evento adverso** padronizado pela unidade;

Validação e Acompanhamento:

-

O evento deverá ser **validado e analisado** pelo **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)** da instituição, com registro do parecer e plano de ação, se aplicável.

-

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

Documentação obrigatória:

-

Todo evento de queda deverá conter os seguintes elementos mínimos para ser considerado válido:

-

Data, hora e local do evento;

-

Nome completo do paciente e número do prontuário;

-

Relato sucinto da dinâmica do evento;

-

Classificação da gravidade (com ou sem lesão) e avaliação do risco prévio;

-

Conduta adotada após a queda.

Observação 03: 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. 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>. Acesso em: 13 jan. 2019.

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

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

3.7. TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA SEGUNDO ASA

Nome	Taxa de Mortalidade Cirúrgica Segundo ASA.
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos intra hospitalares que ocorreram até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período.
Importância	A probabilidade de ocorrência de óbito e complicações em pacientes cirúrgicos é dependente de diversos fatores, entre os quais se destacam, as condições fisiológicas do doente no pré-operatório (idade, sexo, presença de comorbidades, entre outros), o tipo de procedimento e o caráter da admissão (cirurgia de emergência, urgência, agendada ou eletiva), e o desempenho do hospital – experiência das equipes cirúrgicas, volume cirúrgico, qualidade das equipes interdisciplinares, disponibilidade de recursos, etc. (Klück, 2004).
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após cirurgia que atenda aos critérios de inclusão, no período. b) Denominador: Número de pacientes submetidos a cirurgias, que atendam aos critérios de inclusão, no período. Critérios de inclusão: Cirurgia em paciente internado em serviço de saúde: procedimentos cirúrgicos realizados dentro do centro cirúrgico, que consistam em pelo menos uma incisão e uma sutura, em regime de internação superior a 24 horas (Anvisa, 2009); Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004). Observações: Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos na mesma data, utilizando-se o mesmo acesso cirúrgico, devem ser computados uma única vez, considerando-se para efeito de ajuste de risco o procedimento de maior complexidade; Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos inter-relacionados em datas diferentes do mesmo período (reoperações) também deverão ser computados uma única vez, atribuindo-se o ajuste de risco ao primeiro procedimento.

Crítérios de exclusão:

- Procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009);
- Cirurgias realizadas sob anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida (Klück, 2004).

Observação 01:

- 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:

Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists):

Classe I: Normal. Paciente saudável (a única patologia relevante do paciente é a que necessita correção cirúrgica);

Classe II: Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica controlada, idade >70 anos, obesidade);

Classe III: Doença sistêmica grave (ex, obesidade mórbida, doença respiratória sintomática, falência renal, cirrose);

Classe IV: Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, falência hepatorenal);

Classe V: Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver sem a operação;

Classe VI: Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para doação.

*Observações entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010).

Observação 02: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

Referência da Meta:

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: <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>. Acesso em: 23 maio 2025.

Referências:

ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. *Observatório ANAHP.* 4. ed. São Paulo: ANAHP, 2012. 148 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. 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.

3.8. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nome	Acolhimento com Classificação de Risco.
Conceituação	Verificação do cumprimento da rotina de acolhimento com classificação de risco, por meio do envio mensal do relatório técnico-institucional que comprove a implementação contínua dessa prática.
Importância	Permite avaliar a eficácia do processo de triagem, assegurando que os pacientes sejam atendidos de acordo com a gravidade de seu quadro clínico, priorizando aqueles em situação mais crítica.
Método de Cálculo	Não é aplicável.
Definição	Interpretações: • O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. • A Classificação de Risco é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada. Os objetivos primários são avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade e reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade. Os pacientes deverão ser encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo e deverão ser informados sobre o tempo de espera, receber ampla informação sobre o serviço aos usuários e oferecer informações aos familiares. Observação 01: • O acolhimento e a Classificação de Risco devem ser realizados em todos os atendimentos de urgência e emergência. • A Classificação de Risco é de responsabilidade exclusiva do profissional enfermeiro, devidamente habilitado e capacitado para esta função, conforme disposto na Resolução COFEN nº 423/2012. • É vedada a realização da classificação de risco por técnicos de enfermagem ou por qualquer outro profissional não autorizado. • A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção • A avaliação é mensal: envio do relatório institucional, conforme definido nos parâmetros do contrato de gestão e nas diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Portaria nº 2.048/GM/MS de 2002. Observação 02: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência. Referência: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <i>Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência</i>. Série B. Textos Básicos de Saúde. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2009. p. 1–60. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.* Brasília, DF: Diário Oficial da União, n. 219, Seção 1, p. 32–54, 12 nov. 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

Nome	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente
Conceituação	Este indicador mede o cumprimento da obrigatoriedade de envio regular do Relatório de Segurança do Paciente, conforme estabelecido pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS nº 529/2013 e regulamentado pela RDC nº 36/2013 da Anvisa.
Importância	O indicador fortalece a cultura de segurança do paciente ao institucionalizar práticas de vigilância e prevenção de riscos assistenciais. Além disso, garante a transparência na gestão dos eventos adversos, contribuindo para a responsabilização e para a melhoria contínua da qualidade do cuidado. Também subsidia a tomada de decisão por parte de gestores e profissionais, ao permitir análises periódicas de falhas e não conformidades. Cumpre ainda exigência normativa da Anvisa, sendo fundamental para a manutenção da regularidade sanitária das instituições de saúde. Por fim, funciona como instrumento de monitoramento institucional e contratual, podendo compor o quadro de indicadores dos contratos de gestão e das auditorias do SUS.
Método de Cálculo	Não é aplicável. O critério de avaliação é o envio mensal do relatório, dentro do prazo estipulado e com os campos obrigatórios devidamente preenchidos.
Definição	Observações: - O Relatório segurança do paciente é essencial para monitorar, analisar e promover a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados prestados aos pacientes pela CONTRATADA. Desempenha, ainda, um papel central na promoção de um ambiente assistencial mais seguro, na proteção do paciente e na garantia de transparência, conformidade e responsabilização institucional; - Esse instrumento deve conter o registro e a análise de eventos adversos, incidentes sem dano e quase falhas, além das ações corretivas e preventivas implementadas pela instituição. A avaliação da conformidade considera tanto o envio no prazo estabelecido, quanto à completude e a consistência das informações apresentadas; - A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos, alinhados às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que devem ser elaborados e implantados nas instituições de saúde. São eles: higiene das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação correta dos pacientes, prevenção de quedas e prevenção de lesões por pressão. Esses protocolos constituem instrumentos fundamentais para a construção de uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos locais de segurança do paciente, conforme disposto na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Anvisa; - As informações devem ser encaminhadas à Secretaria Estadual de Saúde (SES) por meio do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), garantindo a rastreabilidade dos dados, a transparência institucional e o cumprimento das diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), bem como das políticas de humanização da assistência. Referência da meta: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília – DF, [S. l.], p. 1-42, 1 jan. 2024.

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

3.10. MÉDIA DE TEMPO PORTA-BALÃO (PARA PACIENTES SEM TROMBÓLISE PRÉVIA)

Nome	Média de Tempo Porta-Balão (para pacientes sem trombólise prévia)
Conceituação	Mede o tempo, em minutos, entre a chegada do paciente com IAMCSST ao hospital e a insuflação do balão durante a intervenção coronariana percutânea (ICP) primária.
Importância	O indicador média de tempo porta-balão é fundamental para avaliar a qualidade e a eficiência do atendimento de emergência, uma vez que mede a agilidade da equipe assistencial e a efetividade do fluxo de atendimento em condições clínicas tempo-dependentes. Trata-se de um parâmetro diretamente relacionado aos desfechos clínicos dos pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST), pois cada minuto de atraso no tratamento aumenta a área de necrose miocárdica e o risco de mortalidade. Dessa forma, o tempo porta-balão está fortemente associado à sobrevida e à recuperação funcional do paciente. Tanto o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) quanto instituições internacionais, como a American Heart Association (AHA) e a European Society of Cardiology (ESC), estabelecem como parâmetro de referência o tempo máximo de 90 minutos entre a chegada do paciente ao hospital e a realização da reperfusão mecânica, considerando esse limite como padrão ouro de desempenho assistencial. Além de refletir a qualidade clínica, o indicador também é uma ferramenta de gestão e melhoria de processos internos, pois possibilita identificar gargalos na triagem, no diagnóstico, na ativação da hemodinâmica e no transporte intra-hospitalar, orientando ações corretivas e aprimoramentos contínuos. No âmbito da contratualização e da avaliação de desempenho hospitalar, especialmente em contratos de gestão no SUS, o tempo porta-balão representa um importante marcador da eficiência do cuidado cardiovascular emergencial, podendo influenciar metas qualitativas e resultados financeiros vinculados ao desempenho da unidade.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	Numerador: Somatório total (em minutos) do tempo decorrido entre a chegada de todos os pacientes com diagnóstico confirmado de IAMCSST à unidade hospitalar e a insuflação do balão durante a ICP primária, considerando apenas pacientes sem trombólise prévia. Denominador: Número total de pacientes com IAMCSST sem trombólise prévia que foram submetidos à ICP primária na unidade hospitalar durante o período de análise. Critério de Inclusão: • Diagnóstico confirmado de IAM com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST), de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); • Pacientes admitidos por transferência via regulação, desde que a ICP primária seja realizada na própria unidade; • Realização da ICP primária na própria instituição, com registro confiável dos seguintes horários: ◦ Hora de chegada à unidade (registro de entrada ou triagem na emergência); ◦ Hora de insuflação do balão (registro no laudo de hemodinâmica).

Critério de Exclusão:

- Pacientes com IAM sem supradesnivelamento do ST (IAMSST) ou angina instável;
- Pacientes trombolisados previamente (na unidade de origem ou na própria unidade);
- Situações em que o paciente evoluiu a óbito, choque ou parada cardiorrespiratória antes da ICP, impossibilitando a reperfusão mecânica.
- Pacientes que não realizaram ICP primária (óbito, contraindicação clínica ou impossibilidade técnica)

NOTA: Cada minuto de atraso aumenta a necrose miocárdica e a mortalidade. O limite de 90 minutos é o padrão recomendado pela SBC, AHA e ESC.

Legenda:

- **IAMCSST:** Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST;
- **ICPP:** Intervenção Coronariana Percutânea Primária

Fisiopatologia do IAMCSST e Importância da Reperfusão:

A maioria dos IAMCSST é causada pela oclusão de uma artéria coronária epicárdica. Esse desfecho ocorre devido à ruptura de uma placa aterosclerótica, com formação de trombo oclusivo, vasoespasmo e microembolias, o que limita o fluxo sanguíneo para o miocárdio e, conseqüentemente, o aporte de oxigênio. Por esse motivo, recomendam-se terapias de reperfusão no tratamento do IAM, a fim de cessar o desconforto decorrente da isquemia miocárdica e prevenir suas complicações. Santos ECL et al., 2015.

- **Intervenção Coronária Percutânea (ICP) Primária**

ICP primária é a utilização do cateter balão com ou sem implante do stent coronário e sem o uso prévio de trombolítico, para restabelecer mecanicamente o fluxo coronário anterógrado. Quando disponível, constitui-se na melhor opção para a obtenção da reperfusão coronária, **se iniciada até 90 min após admissão do paciente** (tempo porta balão). Se houver contraindicação à trombólise ou em caso de choque cardiogênico, a ICP primária também é a opção preferencial (Protocolo Clínico de Síndromes Coronarianas Agudas – CONITEC, atualizado em 29 de agosto de 2023).

- **Fundamentação Técnica Complementar**

Um elemento essencial para o alcance das metas cronológicas relacionadas à reperfusão coronariana é o profissional enfermeiro. Esse profissional participa ativamente de todas as etapas necessárias para a realização de uma ICP primária bem-sucedida, exercendo papel primordial no primeiro contato com o paciente. Compete ao enfermeiro reconhecer precocemente o Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAMCSST) e realizar os devidos encaminhamentos durante a triagem, conforme regulamenta a **Resolução COFEN nº 661/2021** (Conselho Federal de Enfermagem, 2021).

Além da triagem, a equipe de enfermagem é responsável pelo preparo pré-procedimento, monitoramento e gestão do tempo assistencial, bem como pelos cuidados pós-intervenção, contribuindo diretamente para a segurança do paciente e

	a efetividade do tratamento. Observação 01: Conforme a Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025, o ECG realizado no atendimento pré-hospitalar ou em outras unidades de urgência e emergência permite reduzir o tempo de diagnóstico e otimizar o encaminhamento de pacientes com IAMCSST para unidades de hemodinâmica, possibilitando que a equipe esteja preparada para receber o paciente diretamente, sem necessidade de passagem pelo departamento de emergência. Referência: CONITEC (Brasil). Protocolo Clínico de Síndromes Coronarianas Agudas. Brasília: CONITEC; 2023. Atualizado em 29 de agosto de 2023. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025. <i>Arquivos Brasileiros de Cardiologia</i>, v. 122, n. 9, e20250620, 2025.
--	---

3.11. TEMPO PARA REALIZAÇÃO DE ICP APÓS TROMBÓLISE EM PACIENTES COM IAMCSST, QUE RECEBEM TROMBOLÍTICO NA PRÓPRIA UNIDADE.

Nome	Tempo para Realização de ICP após Trombólise em Pacientes com IAMCSST, que Recebem Trombolítico na Própria Unidade
Conceituação	O indicador "Tempo para Realização de ICP após Trombólise em Pacientes com IAMCSST, que Recebem Trombolítico na Própria Unidade" mede o intervalo de tempo entre a administração do trombolítico e a realização da Intervenção Coronária Percutânea (ICP) em pacientes diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMCSST), que recebem o trombolítico diretamente na unidade de saúde responsável. Este indicador visa monitorar a eficiência do processo de atendimento a pacientes com IAMCSST, visando a realização da ICP de forma oportuna para reduzir complicações graves associadas ao infarto.
Importância	O indicador está diretamente relacionado à redução das complicações e da mortalidade em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMCSST). A administração precoce do trombolítico, seguida de uma Intervenção Coronária Percutânea (ICP) realizada no tempo recomendado, é crucial para a revascularização do miocárdio e para a restauração do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias comprometidas. Diretrizes clínicas e protocolos de dor torácica indicam que o atraso na realização da ICP eleva o risco de danos cardíacos irreversíveis, bem como de complicações graves, como insuficiência cardíaca e aumento da mortalidade precoce. Ao monitorar e otimizar o tempo entre a trombólise e a ICP, a unidade de saúde não só contribui para a melhoria dos resultados clínicos dos pacientes, mas também diminui as sequelas do IAM, aumentando a sobrevida ao garantir que a intervenção seja realizada dentro da janela terapêutica ideal. Além disso, este indicador fortalece o controle e a governabilidade dos processos internos de atendimento emergencial, permitindo a redução de complicações como arritmias e choque cardiogênico, que estão frequentemente associadas ao atraso no tratamento. Dessa forma, o indicador tem um impacto significativo na qualidade do atendimento, alinhando-se às diretrizes vigentes de dor torácica e promovendo a melhoria contínua das práticas clínicas, com foco em desfechos mais favoráveis para os pacientes.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	Numerador: Somatório total (em horas) do tempo decorrido entre a administração do trombolítico e a insuflação do balão durante a ICP de todos os pacientes com IAMCSST trombolisados na própria unidade de saúde e com trombólise bem-sucedida. Denominador: Número total de pacientes com IAMCSST trombolisados na unidade de saúde e com trombólise bem-sucedida, incluídos no período analisado. Critério de Inclusão:

Diagnóstico de IAMCSST (Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST);

-

Recebimento de trombolítico na própria unidade de saúde para tratamento do IAMCSST;

-

Trombólise bem-sucedida, ou seja, o trombolítico foi administrado com sucesso e apresentou resultados eficazes (com base em critérios clínicos e de imagem que indicam uma boa reperfusão);

-

Realização de ICP (Intervenção Coronária Percutânea), com insuflação do balão realizada dentro do tempo de até 24 horas após a administração do trombolítico.

-

Pacientes com documentação clara do horário de administração do trombolítico e da insuflação do balão na ICP.

Critério de Exclusão:

-

Pacientes com diagnóstico de IAMCSST não confirmado ou com diagnóstico alternativo;

-

Pacientes que não receberam trombolítico ou que o tratamento foi administrado em outra unidade de saúde (não dentro da unidade de destino para ICP);

-

Falha na trombólise, quando a reperfusão não é alcançada após a administração do trombolítico, ou o tratamento é considerado ineficaz;

-

Pacientes que não passaram por ICP ou que a insuflação do balão não ocorreu;

-

Documentação incompleta dos horários ou informações sobre o tempo de trombólise e insuflação do balão.

ICP Eletiva Após Trombólise em Pacientes com IAMCSST: Estratégias e Benefícios:

A ICP Eletiva após Trombólise refere-se à realização de uma Intervenção Coronária Percutânea (ICP) planejada, que ocorre após um paciente ter recebido trombólise (administração de trombolítico para dissolver coágulos) em um contexto de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST). Essa ICP não é realizada de forma urgente, como no caso da ICP primária após um infarto agudo, mas sim programada para ser realizada após a estabilização do paciente, geralmente com base em uma avaliação clínica posterior.

Características da ICP Eletiva/Programada após Trombólise:

1.

Trombólise Inicial: O paciente é tratado inicialmente com trombólise (medicação trombolítica) para dissolver o coágulo que está obstruindo a artéria coronária. Isso é feito nas primeiras horas após o diagnóstico do IAMCSST, caso a ICP primária não possa ser realizada imediatamente.

2.

Estabilização do Paciente: Após a trombólise bem-sucedida, o paciente é monitorado e estabilizado. A trombólise visa restaurar o fluxo sanguíneo e, com isso, a viabilidade do miocárdio, evitando danos permanentes.

3.

Planejamento da ICP: A ICP eletiva ou programada é agendada posteriormente para melhorar ainda mais o fluxo sanguíneo coronário, geralmente em pacientes que apresentaram uma boa resposta inicial ao trombolítico, mas que ainda possuem lesões residuais significativas ou obstruções que requerem tratamento adicional.

4.

Objetivo da ICP Programada: O objetivo é corrigir lesões residuais, como estreitamentos ou bloqueios parciais, que podem não ser completamente resolvidos pela trombólise. A ICP programada visa garantir a revascularização ideal, reduzindo o risco de complicações futuras, como reinfarto ou angina.

NOTA!

A Intervenção Coronária Percutânea Primária (ICP) é o tratamento de escolha para pacientes com IAMCSST, sendo amplamente recomendada pelas diretrizes clínicas devido à sua capacidade de restaurar rapidamente o fluxo sanguíneo coronário e reduzir o risco de danos irreversíveis ao miocárdio. A ICP primária, quando realizada dentro da janela terapêutica ideal (geralmente nas primeiras 90 minutos após o diagnóstico), proporciona os melhores resultados clínicos, com menores taxas de complicações e mortalidade.

No entanto, em casos de indisponibilidade imediata da sala de hemodinâmica ou quando a ICP primária não puder ser realizada de forma urgente, a trombólise é uma alternativa viável, especialmente se administrada nas primeiras 12 horas após o início dos sintomas. O trombolítico visa dissolver o coágulo que obstrui a artéria coronária, restaurando o fluxo sanguíneo de maneira temporária e estabilizando o paciente.

Para pacientes que receberam trombólise e apresentaram trombólise bem-sucedida, a realização de uma ICP eletiva ou programada é indicada para completar o tratamento, especialmente se persistirem lesões residuais nas artérias coronárias que possam ser tratadas pela intervenção. A ICP eletiva deve ser agendada dentro de um prazo adequado, geralmente até 24 horas após a trombólise, de acordo com a avaliação clínica do paciente.

Conclusão:

Embora a ICP primária seja o tratamento preferencial, a trombólise seguida de ICP eletiva oferece uma alternativa eficaz em situações de indisponibilidade da hemodinâmica, assegurando o melhor cuidado possível para os pacientes com IAMCSST.

Referência:

BARROS E SILVA, Pedro Gabriel Melo de; SOEIRO, Alexandre de Matos; ORNELAS, Carlos Eduardo; FEITOSA-FILHO, Gilson Soares; LOPES, Renato D.; LINO, Danielli Oliveira da Costa; et al. Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, n. 9, p. e20250620, 2025.

Quadros, Alexandre Schaan de. ICP pós-trombólise: Para quem e quando? *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, v. 19, n. 4, p. 355-356, dez. 2011.

PROTOCOLO DE AVE**3.12 TEMPO PORTA-AGULHA PARA TROMBÓLISE INTRAVENOSA EM PACIENTES COM AVCI**

Nome	Tempo porta-agulha para trombólise intravenosa em pacientes com AVCI.
-------------	---

Conceituação	É o tempo decorrido entre a chegada/admissão do paciente na unidade hospitalar ("porta") e o início da administração do trombolítico intravenoso ("agulha") em pacientes elegíveis para trombólise. O indicador mede a agilidade da linha de cuidado do AVCI e a capacidade do serviço em iniciar rapidamente o tratamento de reperfusão cerebral.
Importância	O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico ocorre em decorrência da obstrução de uma artéria cerebral, ocasionando redução do fluxo sanguíneo e morte progressiva de neurônios. A trombólise intravenosa tem como finalidade dissolver o trombo e restabelecer a circulação cerebral, sendo sua efetividade diretamente dependente do tempo para início do tratamento. Nesse contexto, o indicador é fundamental para avaliar a rapidez do atendimento hospitalar, a eficiência do fluxo assistencial e a integração entre os serviços de emergência, neurologia, diagnóstico por imagem e farmácia, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes com AVC. Tempos menores para realização da trombólise estão associados à redução de sequelas neurológicas, menor incapacidade funcional, diminuição da mortalidade e melhores desfechos clínicos.
Meta	≤ 60 minutos.
Método de Cálculo	Numerador /denominador
Definição	$\frac{\sum(\text{Horário de início da trombólise} - \text{Horário de admissão hospitalar})}{\text{Número total de pacientes submetidos à trombólise intravenosa}}$ Numerador: Somatório do tempo decorrido, em minutos, entre a admissão hospitalar e o início da trombólise intravenosa de todos os pacientes elegíveis submetidos ao procedimento no período avaliado. Denominador: Número total de pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico submetidos à trombólise intravenosa no período avaliado. Critérios de inclusão (numerador/denominador): • Pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico; • Pacientes elegíveis para trombólise intravenosa; • Pacientes submetidos à trombólise intravenosa na unidade hospitalar; • Pacientes com registro válido dos horários de admissão e início da trombólise. Critérios de exclusão (numerador/denominador): • Pacientes com AVC hemorrágico; • Pacientes não submetidos à trombólise intravenosa; • Pacientes submetidos exclusivamente à trombectomia mecânica;

- Pacientes com ausência ou inconsistência dos registros de horário;
- Pacientes transferidos de outra unidade já com trombólise iniciada.

Definição:

O Acidente Vascular Cerebral consiste em um episódio agudo caracterizado por sinais clínicos de perturbação focal ou global da função neurológica, decorrente de infarto ou hemorragia espontânea em área do encéfalo, retina ou medula espinhal, com duração superior a 24 horas ou de qualquer duração quando confirmado por exame de imagem, como tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), ou ainda por achados anatomopatológicos.

O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico ocorre em decorrência de obstrução arterial, ocasionando redução ou interrupção do fluxo sanguíneo cerebral. Já o AVC hemorrágico intracerebral caracteriza-se pela presença de coleção focal de sangue no parênquima cerebral ou sistema ventricular, não relacionada a trauma.

Segundo Ma et al. (2019), o AVCI é o subtipo mais prevalente, sendo responsável por aproximadamente 75% a 85% de todos os casos de AVC.

Fundamentação/Importância do Indicador

O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico constitui importante causa de morbimortalidade, demandando atendimento especializado e oportuno nas unidades hospitalares de referência para AVC. O tratamento do AVCI agudo inclui terapia de reperfusão por trombólise intravenosa com ativador de plasminogênio tecidual recombinante (rtPA), administrada nas primeiras horas após o início dos sintomas em pacientes elegíveis, bem como a realização de trombectomia mecânica para restauração do fluxo sanguíneo cerebral em casos selecionados.

Considerando que a efetividade terapêutica está diretamente relacionada ao tempo de resposta assistencial, o monitoramento dos indicadores de tempo porta-agulha e porta-punção permite avaliar a eficiência da linha de cuidado do AVC, incluindo triagem, avaliação clínica, diagnóstico por imagem, acionamento das equipes especializadas e início do tratamento de reperfusão. O acompanhamento desses indicadores contribui para redução de sequelas neurológicas, diminuição da mortalidade e melhoria dos desfechos clínicos dos pacientes atendidos.

Elegibilidade para Monitoramento do Indicador:

Serão considerados elegíveis para monitoramento do indicador os pacientes adultos (idade igual ou superior a 18 anos) com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico agudo submetidos à trombólise intravenosa, desde que atendam aos seguintes critérios:

- Avaliação por médico neurologista confirmando quadro compatível com AVCI agudo;
- Início dos sintomas em período inferior a 4,5 horas até a infusão do trombolítico intravenoso;

- Tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) sem evidência de hemorragia intracraniana;
- Registro válido do horário de admissão hospitalar e do início da trombólise intravenosa. (BRASIL, 2023).

Condições de Não Elegibilidade para Monitoramento do Indicador

Serão excluídos do monitoramento do indicador os pacientes com contraindicação clínica absoluta à trombólise intravenosa, incluindo:

- evidência ou suspeita de hemorragia intracraniana;
- alterações importantes de coagulação;
- uso recente de anticoagulantes com risco hemorrágico elevado;
- hemorragia ativa;
- histórico de hemorragia intracraniana;
- cirurgia de grande porte recente;
- malformações arteriovenosas ou tumores intracranianos;
- endocardite bacteriana;
- dissecção de arco aórtico;
- hipertensão arterial grave não responsiva ao tratamento;
- hemorragia gastrointestinal ou geniturinária recente.

Também serão excluídos pacientes com resolução espontânea dos sintomas, extensa área isquêmica identificada em exame de imagem ou ausência de critérios clínicos e radiológicos para realização da trombólise intravenosa, conforme protocolo institucional vigente. (BRASIL, 2023).

Observação:

Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

Referencia:

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: PCDT AVCI Agudo – CONITEC .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. *Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 29, de 12 de dezembro de 2023*. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

HARRISON, M. W.; YOUNG, A. *Thrombolysis guided by perfusion imaging up to 9 hours after onset of stroke*. MA, H.; CAMPBELL, B. C. V.; PARSONS, M. W.; CHURILOV, L. et al. *New England Journal of Medicine*, v. 380, p. 1795-1803, 2019. Resenha publicada em: *Journal of Emergency Medicine*, v. 57, p. 273-274, 2019. Disponível em: Cochrane Library. Acesso em: 21 maio 2026.

INDICADORES RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR

3.13 TAXA DE CANCELAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS POR MOTIVAÇÃO ALHEIA AO PACIENTE

Nome	Taxa de Cancelamento de Cirurgias Eletivas por Motivação Alheia ao Paciente.
Conceituação	Número de cirurgias eletivas agendadas que foram canceladas por motivos não relacionados à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal no período.
Importância	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.
Método de Cálculo	Não é aplicável. Envio mensal do relatório.
Definição	Para fins deste contrato, consideram-se motivações alheias ao paciente, e, portanto, de responsabilidade da CONTRATADA, as seguintes causas: • Ausência de profissional da equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista ou equipe de enfermagem de apoio); • Falta de insumos, materiais médico-hospitalares ou medicamentos necessários à realização do procedimento; • Indisponibilidade de sala cirúrgica por falha de gestão de agenda ou superlotação evitável;

	- Inoperância de equipamentos cirúrgicos ou de apoio essenciais à realização do ato cirúrgico (por omissão da gestão da unidade); - Interdições administrativas ou sanitárias decorrentes de não conformidades sob responsabilidade da CONTRATADA; - Falhas de agendamento, erro de planejamento ou duplicidade de marcação; - Ausência de autorização administrativa interna prévia necessária para a execução do procedimento. Observação 01: - 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). Referências: SANTOS, G. A. A. C.; BOCCHI, S. C. M. 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: https://www.scielo.br/j/reben/a/BXvqLZW4ttnryHSC6FJSmy/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 7 jul. 2025. Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital escola: causas e estatísticas. <i>Enfermeria Global</i>, n. 59, jul. 2020. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-286.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/fjw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ry/. Acesso em: 7 jul. 2025.
--	--

3.14 ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO DE LEITOS

Nome	Índice de Intervalo de Substituição de Leitos
Conceituação	Mensurar o tempo médio que o leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a ocupação por outro.
Importância	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.
Método de Cálculo	Numerador / denominador
Definição	a) Numerador – Taxa de desocupação x Média de permanência em dias b) Denominador – Taxa de ocupação hospitalar Crítérios de inclusão: - Leitos efetivamente ocupados por pacientes, pois são esses que precisam ser avaliados quanto à sua utilização no cálculo do índice. - Apenas leitos que estão sendo usados por pacientes em tratamento ativo, e não leitos reservados para emergências, cirurgias programadas, ou situações especiais como isolamento. - Leitos não vinculados à Central de Regulação, sob controle do próprio hospital.

Crítérios de Exclusão: • Leitos que estão temporariamente fora de operação (ex.: em reforma, manutenção ou bloqueados por qualquer motivo). • Se o leito está ocupado por um paciente em observação que pode ser liberado rapidamente, isso pode não refletir a verdadeira ocupação a longo prazo, então esses leitos podem ser excluídos. • Pacientes que estão na fase final de alta e que não irão ocupar o leito por mais de 24 horas podem ser excluídos, para garantir que o cálculo da taxa de ocupação reflita a utilização efetiva. • Leitos hospitalares gerenciados pela Central de Regulação. Descrição das Fórmulas: Fórmulas dos cálculos de Taxa de desocupação, Média de Permanência em dias e Taxa de Ocupação Hospitalar: Taxa de desocupação (%) = (Leito-dia Ocioso / Leito-Dia Disponível) x 100 Leito-Dia Ocioso = (Número de Leitos Existentes x Número de dias do período) - Total de Paciente-Dia Leito-Dia Disponível = Número de leitos existentes x Número de dias do período Média de Permanência Hospitalar: MPH = Total de pacientes-dia ÷ Número de saídas hospitalares. Taxa de Ocupação Hospitalar: TOH% = (Total de paciente-dia ÷ (Número de leitos existentes x Número de Dias do período)) x 100 Observação: 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: ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. <i>Observatório ANAHP.</i> 15. ed. São Paulo: ANAHP, 2024. Referência das fórmulas: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <i>Terminologia básica em saúde.</i> Centro de Documentação do Ministério da Saúde. [S. l.], p. 4–50, 1 jan. 1987. SECRETARIA DE SAÚDE, Hospital Geral Prado Valadares. Índice de Intervalo de Substituição – IIS. Governo da Bahia , [S. l.], p. 1-1. ÍNDICE intervalo de substituição: Painel de Gestão à Vista. EBSERH, [S. l.], p. 1-3, 31 jul. 2021.

INDICADOR RELACIONADO À VIGILÂNCIA DO ÓBITO

3.15 TAXA DE REVISÃO DOS ÓBITOS INSTITUCIONAIS (>=24H)	
Nome	Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais (>=24h).
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos institucionais que ocorreram após, no mínimo, 24 horas da admissão hospitalar e que foram devidamente revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, em um determinado mês, e o total de óbitos institucionais com 24 horas ou mais de internação ocorridos no mesmo período. Esse indicador permite avaliar o grau de cumprimento da rotina institucional de análise sistemática de óbitos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da segurança da assistência prestada.
Importância	O aludido indicador busca certificar que os óbitos foram revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, apresentando maior qualidade ao processo ao qual o paciente foi submetido. 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.
Método de Cálculo	Numerador/ denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais) revisados, no mês.

b) Denominador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais), em um mês. Crítérios de Inclusão: - Apenas óbitos ocorridos dentro da instituição. Crítérios de Exclusão: - Óbitos com menos de 24h de internação; - Pacientes transferidos com evolução final em outra instituição. Público-alvo: Pacientes internados em hospitais. Observação 01: O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente no hospital, incluindo, portanto, o tempo permanecido na unidade de urgência e emergência. Observação 02: A apresentação mensal de resultados deve incluir relatório total dos óbitos, detalhando quantos e quais destes foram revisados pela comissão de prontuário e análises de óbitos. Observação 03: A revisão de óbito é o processo rotineiro e sistemático de avaliação dos óbitos ocorridos em uma unidade de saúde, com o objetivo de verificar se as informações estão completas, se os protocolos assistenciais foram seguidos e se há necessidade de alguma ação corretiva ou de melhoria. Observação 04: As atas das reuniões do Comitê de Óbito deverão ser obrigatoriamente anexadas aos relatórios mensais apresentados pela Contratada. Observação 05: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência. Referência da Meta: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. E-EFT-02. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1–7.
--

INDICADORES RELACIONADOS À ATENÇÃO AO USUÁRIO

3.16 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Nome	Satisfação do Usuário.
Conceituação	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares com melhora clínica, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
Importância	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<u>Índice de Satisfação (90%):</u> a) Numerador: Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período. b) Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período. <u>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</u> a) Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico e consultas ambulatoriais. b) Denominador: Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica + número de consultas ambulatoriais realizadas no mesmo período. Crítérios de Inclusão: Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes).

Critérios de Exclusão:

- Pesquisas com respostas consideradas negativas.

Observações 01:

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

Interpretações:

Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%): A amostragem mínima a ser contemplada pela pesquisa corresponderá a, no mínimo, 10% do total de atendimentos ambulatoriais 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.

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

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

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)	 PÉSSIMO (1 ponto)	NÃO UTILIZEI
Instalações (Sala de Espera, Consultórios, banheiros, etc)						
Limpeza Geral						
Atendimento na Recepção						
Tratamento da Segurança						
Atendimento do Médico						
Atendimento da Enfermagem						
Exames Realizados						
Informações sobre Tratamento a ser seguido						
Para perguntas cuja resposta seja "Não utilizei" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos						

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

3.17 ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS

Nome	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas
Conceituação	Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período.

Importância	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutive e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período. b) Denominador: Número total de queixas recebidas no mesmo período. Crítérios de inclusão: - Período de análise compatível: apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual). Crítérios de Exclusão: - Não se aplica Observações 01: - Para o Registro de Queixas a CONTRATADA deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela CONTRATADA para resolução das queixas registradas. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de ouvidoria. - Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual deverá ser importada no referido sistema e transmitida à SES/PE mensalmente. - As queixas, que devem ser apresentadas na íntegra, e o tratamento dado às mesmas serão apresentados à CTAI por meio do SIMAS, sendo que a referida comissão irá avaliar a qualidade do tratamento dado, aprovando ou não os encaminhamentos dados. - A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de aceitação das respostas às queixas registradas. - Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência. Interpretações: CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão; SIMAS: Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais; Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018. A CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas às queixas registradas: Pertinência da Resposta: A resposta deve abordar de forma direta e clara o conteúdo da queixa registrada.

	Deve demonstrar entendimento correto da demanda apresentada pelo autor da queixa. 2. Adequação da Solução Apresentada A providência adotada pela CONTRATADA deve ser compatível com a natureza, gravidade e impacto da queixa. Em situações cuja solução não seja imediata ou definitiva, deve ser justificado o encaminhamento para ações futuras ou medidas corretivas em andamento. 3. Cumprimento dos Prazos A resposta à queixa deve ter sido registrada e encaminhada ao autor no prazo estabelecido pela Lei Estadual nº 16.420/2018 (20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos mediante justificativa registrada). 4. Clareza e Linguagem Adequada A resposta deve ser redigida de forma compreensível, respeitosa e acessível ao perfil do autor da queixa. Evitar termos técnicos sem a devida explicação e assegurar tom cordial e acolhedor. 5. Provas Documentais (se aplicável) Quando cabível, anexar documentos, registros ou evidências que comprovem as providências adotadas para resolução da demanda (ex.: registros de atendimento, ordens de serviço, comunicações internas, notificações de ações corretivas). 6. Adoção de Medidas Preventivas (para casos recorrentes ou graves) Para queixas de mesma natureza recorrentes ou de maior gravidade, a CONTRATADA deve apresentar, além da solução específica, medidas preventivas ou melhorias institucionais que evitem a repetição do problema. Referências: BRASIL. <i>Lei estadual nº 16.420, de 2018.</i> [S. l.]: Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, 2018. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). <i>Programa de Qualificação de Operadoras: fichas técnicas dos indicadores.</i> 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. <i>Taxa de Resolutividade (TR) – Portal de Dados Abertos.</i> Disponível em: https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/taxa-de-resolutividade-tr. Acesso em: 7 jul. 2025.
--	---

INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA

3.18 QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA

Nome	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.
Conceituação	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
Importância	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
Método de Cálculo	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.
Definição	Observação 01: • • A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir as informações no Portal de Transparência e encaminhar relatório contendo tais inserções, subsequente à prestação do serviço. •

A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, com base na normativa pertinente à matéria. As informações citadas devem ser inseridas em seu portal da transparência, com a periodicidade instituída em lei. Insta destacar que embora a postagem das informações de transparência em sítio eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral.

Observação 02:

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.

Referências:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência

UNIDADE:		FICHA DE AVALIAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA	
ORÇ: TRIMESTRE:	INFORMAÇÃO	DATA: AVALIADOR: SITUAÇÃO:	OB S ERVAÇÃO
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 ORIENTES	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 vigência	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. Regularidade Social	Atualizado	
	4. FGTS	Atualizado	
	5. Justiça do Trabalho	Atualizado	
	6. Qualificação Técnica	Atualizado	
9. RELATÓRIOS FINANCEIROS E DE EXECUÇÃO	7. Experiência Anterior	Atualizado	
	1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato	Atualizado	
10. DEMONSTRATIVOS FINANCEIROS	1. Demonstrativos Financeiros	Atualizado	
	2. Relatório Assistencial	Atualizado	
11. RELATÓRIO ASSISTENCIAL	1. Relatório Assistencial	Atualizado	
	2. Relatório Assistencial Anual Consolidado	Atualizado	
12. DEMONSTRAÇÃO DE CONTÁBIL E PARCERES	1. Demonstrações Contábeis	Atualizado	
	2. Parcerias	Atualizado	
13. REPAROS E RECEBIDOS	1. Repasses recebidos e descontos	Atualizado	
	2. Créditos	Atualizado	
14. CONTRATAÇÕES	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	
15. RECURSOS HUMANOS	3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	1. Regulamento para recrutamento de pessoal	Atualizado	
16. BENS PÚBLICOS	2. Serviços públicos cedidos	Atualizado	
	1. Relatório dos bens públicos	Atualizado	
17. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - SIC	1. Atendimento Eletrônico	Atualizado	
	2. Atendimento Presencial	Atualizado	
	3. Relatório Estatístico - PDI	Atualizado	

PONTUAÇÃO	Nº	NÍVEL	LEGENDA	
			INTERVALO	%
47	01	DESEJADO	100%	
0	02	MODERADO	75,01%	50,00%
0	03	INTERMEDIÁRIO	50,01%	25,00%
0	04	INSUFICIENTE	25,01%	00,00%
0	05	CRÍTICO	0,00%	25,00%

ASSINATURA	NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA:	100,00%	DE SEJADO
------------	-------------------------	---------	-----------

Fundamentação Legal:
 - Lei Federal nº 12.527/2011;
 - Recomendação do Ministério Público Federal - MPF nº 07/2017 - IC nº 1.26.000.000983/2017-79;
 - Resolução do TCE/PE nº 157 de 10 Dez 2020 e nº 194 de 10 Dez 2021;
 - Lei Estadual nº 15.210/2013

INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE

3.19 TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.
Conceituação	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
Importância	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela CONTRATADA está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade estão em conformidade com o proposto no contrato.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente. b) Denominador: Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente. Crítérios de inclusão: - Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc. - Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado. Crítérios de Exclusão: - Atividades educacionais realizadas fora do período analisado. Interpretações: No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho. Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Referências: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <i>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. MERHY, E. E. <i>Saúde: a cartografia do trabalho vivo</i>. São Paulo: Hucitec, 2002. FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo technoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B. <i>O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano</i>. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55–124. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS – SES-AM. <i>Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027</i>. Disponível em: https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Samuel Ramos Gomes**, em 30/06/2026, às 17:43, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Zilda do Rego Cavalcanti**, em 30/06/2026, às 20:18, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **89090088** e o código CRC **09363A24**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

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