



GOVERNO DE PERNAMBUCO

16º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2020, QUE ENTRE SI CELEBRAM, O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, E O INSTITUTO SOCIAL MEDIANEIRAS DA PAZ - ISMEP, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UPAE OURICURI, NAS CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.

O **ESTADO DE PERNAMBUCO**, através da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, entidade de direito público interno, com sede nesta cidade, na Rua Dona Maria Augusta, nº 519, Bongi, Recife/PE, CEP: 50.751-535, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, neste ato representada por sua Secretária, Dra. **ZILDA DO REGO CAVALCANTI**, nomeada pelo Ato nº 024, publicado no Diário Oficial do Estado em 02/01/2023, residente e domiciliada nesta cidade do Recife, doravante denominada **CONTRATANTE**, e do outro lado, a Organização Social de Saúde **INSTITUTO SOCIAL MEDIANEIRAS DA PAZ - ISMEP**, inscrito no CNPJ/MF nº 10.739.225/0017-85, com sede na Av. Manuel Irineu de Araújo, s/nº, Centro, Ouricuri/PE, CEP 56.200-000, neste ato representado por **MARIA LUIZA MOTA DA SILVA**, doravante denominada **CONTRATADA**, têm justo e acordado o presente Termo Aditivo, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir pactuadas, bem como pelas disposições da Lei Estadual nº 15.210/2013, estando instruídas com a Nota Técnica nº 37/2026 (id. 86650733) da Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão; o Parecer Técnico CTAI nº 127/2026 (id. 86971733); o Parecer nº 047/2026 (id. 87580443) da Comissão Mista de Avaliação de Contratos de Gestão; Despacho nº 510 (id. 88506964) da Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão; e os demais documentos constantes do Processo nº 2300002754.000051/2026-60.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente Termo Aditivo a atualização dos Indicadores do Índice Global de Qualidade e Ajustes nos Anexos Técnicos após o 1º Trimestre de Vigência do 14º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 002/2020, conforme disposto nos Anexos I, II e III deste Termo Aditivo.

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

1.3. A vigência da atualização dos Indicadores do Índice Global de Qualidade e dos novos Anexos Técnicos terá início a partir de 1º de julho de 2026, conforme diretriz estabelecida no Despacho nº 510 e 538 (id. 88506964 e 89182255) da Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO

3.1. 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 QUARTA - DO FORO

4.1. 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

MARIA LUIZA MOTA DA SILVA
INSTITUTO SOCIAL MEDIANEIRAS DA PAZ
CONTRATADO

ANEXO TÉCNICO I DO CONTRATO

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

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

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

1. INTRODUÇÃO

Este documento descreve as diretrizes para a prestação da assistência ambulatorial especializada, bem como as metas quantitativas e qualitativas que serão analisadas e avaliadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, para fins de 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 ocorrerão trimestralmente, em consonância com o art. 15-A da Lei nº 15.210/2013, para efeito de aplicação de desconto no repasse à CONTRATADA. Para os indicadores de qualidade, a avaliação e valoração das metas pactuadas ocorrerão mensalmente, para efeito de aplicação de desconto no repasse à CONTRATADA, conforme art. 38 do Decreto nº 58.200/2025.

2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

A assistência à saúde prestada nas Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAEs) compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na unidade até a conclusão da consulta, exame, procedimento ou encaminhamento para outro serviço, quando necessário, conforme protocolos clínicos e fluxos pactuados com a rede de atenção à saúde.

Esse processo inclui:

- Realização de consultas médicas e multiprofissionais em diversas especialidades, com avaliação clínica completa e registro em prontuário eletrônico;
- Execução de exames diagnósticos e complementares necessários para elucidação clínica, conforme solicitação do profissional assistente;
- Desenvolvimento de planos terapêuticos individualizados, com orientações clínicas e de autocuidado ao paciente;
- Administração de medicamentos necessários durante o atendimento ou em preparos específicos para exames e procedimentos, conforme protocolos institucionais e relação padronizada pelo SUS;
- Procedimentos ambulatoriais especializados compatíveis com a estrutura e a capacidade instalada da UPAE, incluindo pequenas cirurgias e intervenções minimamente invasivas;
- Cuidados de enfermagem e de outros profissionais de saúde indispensáveis à assistência;
- Oferta de suporte nutricional, orientação alimentar e acompanhamento, quando indicado;
- Atendimento por equipe multiprofissional composta por médicos especialistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e outros profissionais, de acordo com a linha de cuidado;
- Utilização de materiais, insumos e equipamentos necessários à realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos;
- 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;
- Garantia de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes no pré-parto, parto e pós-parto imediato, idosos, pessoas com deficiência e mulheres, conforme assegurado pela legislação vigente que regulamenta o SUS, incluindo: o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990); a Lei do Acompanhante para Gestantes (Lei nº 11.108/2005); o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003); a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015); e a Lei nº 14.737/2023, que dispõe sobre o direito à presença de acompanhante para mulheres em estabelecimentos de saúde;
- Qualquer que seja a modalidade de atendimento na qual um usuário venha a ser assistido, a CONTRATADA deverá implementar e manter atualizados protocolos de atendimento específicos para populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, os quais devem contemplar as necessidades de pessoas com Doença Falciforme, deficiências, neurodiversidades, obesidade, pessoas LGBTQIAPN+, negras, indígenas, entre outros. Esses protocolos devem garantir acolhimento adequado, resolução eficiente das demandas e respeito à dignidade dos usuários;
- Encaminhamento do paciente à rede de referência para continuidade do cuidado quando necessária avaliação ou intervenção em nível de maior complexidade.

2.1 PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Caso, ao longo da vigência deste Contrato, e mediante comum acordo entre as partes, seja proposta pela CONTRATADA ou pela CONTRATANTE a realização de atividades distintas daquelas aqui previstas, incluindo substituição, ampliação de serviços, introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, implantação de programas especiais para determinadas patologias ou adequações

decorrentes de mudanças no perfil epidemiológico da região, tais alterações deverão ser previamente analisadas e pactuadas entre as partes.

A Secretaria Estadual de Saúde poderá autorizar a implementação dessas atividades após análise técnica, observando a capacidade instalada da unidade, a necessidade assistencial da região e a disponibilidade da oferta do serviço ou especialidade. Uma vez aprovadas, será elaborado o orçamento econômico-financeiro detalhado, o qual deverá ser formalizado e homologado por meio de Termo Aditivo ao presente Contrato.

3. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES

A UPAE OURICURI deverá apresentar um volume de atendimentos anual compatível com seu porte e com os parâmetros assistenciais definidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

3.1 ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS MÉDICOS REALIZADOS

Tabela 1: Estimativa Mensal de Atendimentos Ambulatoriais Médicos por Especialidade

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - AMBULATÓRIO MÉDICO													TOTAL ANUAL
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												
	1ºMÊS	2º MÊS	3ºMÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Atendimento Ambulatorial Médico	1.122	1.122	1.122	1.122	1.122	1.122	1.122	1.122	1.122	1.122	1.122	1.122	13.464

Quadro 1: Metas de Produção Médica – Consultas por Trimestre

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE TRIMESTRAL - AMBULATÓRIO MÉDICO						
Médico	%	1º Tri	2º Tri	3º Tri	4º Tri	Total Anual
Primeira consulta	55%	1.851	1.851	1.851	1.851	7.404
Interconsulta	10%	337	337	337	337	1.348
Consulta Subsequente e Retorno	35%	1.178	1.178	1.178	1.178	4.712
Total Trimestre		3.366	3.366	3.366	3.366	13.464
Média Mensal		1.122	1.122	1.122	1.122	-

3.3 CONSULTAS AMBULATORIAIS REALIZADAS POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICOS.

Tabela 2: Estimativa Mensal de Atendimentos Ambulatoriais Não Médicos

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - AMBULATÓRIO NÃO MÉDICO													
Consultas Ambulatoriais, Exceto Médicas	Mês de Referência												TOTAL ANUAL
	1º MÊS	2ºMÊS	3ºMÊS	4º MÊS	5ºMÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Enfermagem	277	277	277	277	277	277	277	277	277	277	277	277	3.324
Nutrição													
Psicologia													
Serviço Social													
Fonoaudiologia													
Fisioterapia													
Terapia Ocupacional													

3.4 NÚMERO DE SESSÕES DE REABILITAÇÃO REALIZADAS

Tabela 3: Estimativa de Oferta Mensal de Sessões de Reabilitação Ambulatorial

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - SESSÕES DE REABILITAÇÃO													
AMBULATÓRIO	1ºMÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	TOTAL ANUAL
Fisioterapia	277	277	277	277	277	277	277	277	277	277	277	277	3.324
Fonoaudiologia													
Psicologia													
Terapia Ocupacional													

4. AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

Para a avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e qualitativos que estarão diretamente ligados ao pagamento da parte variável do contrato (30% do valor global do contrato), a UPAE OURICURI deverá atingir mensalmente as metas definidas para os seguintes indicadores:

Quantitativos: Número de atendimentos Ambulatorial Médico Realizado; Número de Consultas Ambulatoriais Realizadas por Profissional de Nível Superior, Exceto Médicos; Sessões de Reabilitação.

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:

Coordenação do Cuidado: Percentual de Pacientes com Plano Terapêutico Singular Formalizado; Percentual de Consultas com Registro de Contrarreferência Realizado. **Eficiência de Gestão:** Taxa de Cancelamento de Consultas e Exames por Motivos Alheios aos Pacientes; Tempo Médio de Liberação dos Resultados de Exames Diagnósticos; Percentual de Pacientes que realizaram exame em até 30 dias após a solicitação. **Segurança do Paciente:** Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Integração Atenção Especializada-Atenção Primária:** Percentual de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas; Percentual de Execução de das atividades de Supervisão do Cuidado. **Atenção ao Usuário:** Satisfação do Usuário; Índice de aceitação das respostas

às queixas registradas. **Transparência:** Qualidade da Publicação das Informações de Transparência. **Educação permanente:** Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente; Taxa de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente; Taxa de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.

4.1 META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS)

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

Quadro 01 - Indicadores Quantitativos (produção) - Com Valoração Financeira

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META MENSAL
PRODUÇÃO	Número de Atendimentos Ambulatorial Médico Realizado.	1.122
	Número de Consultas Ambulatoriais Realizadas por Profissional de Nível Superior, exceto Médicos.	277
	Número de Sessões de Reabilitação Realizadas.	277
	Número de Procedimentos SADT por Tipo.	Prestar informação do número de SADT realizados, por tipo.

Quadro 02 - Indicadores Quantitativos de Acompanhamento - Sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO		
TIPO	INDICADOR	META
Produção	Consultas de Neuropediatria - Transtorno do Espectro Autista (TEA)	154

Quadro 03 - Indicadores Qualitativos (Índice Global de Qualidade):

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE					
TIPO	INDICADOR	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
COORDENAÇÃO DO CUIDADO	Percentual de Pacientes com Plano Terapêutico Singular Formalizado.	≥ 90% dos Pacientes da atenção ambulatorial elegíveis.	Pontuação: 8	8	15
		≥ 80% a < 90% dos Pacientes da atenção ambulatorial elegíveis.	Pontuação: 4		
		< 80% dos Pacientes da atenção ambulatorial elegíveis.	Pontuação: 0		
	Percentual de Consultas com Registro de Contrarreferência Realizado.	≥ 90% das Consultas com Registro de Contrarreferência Realizadas.	Pontuação: 7	7	
		≥ 80% a < 90% das Consultas com Registro de Contrarreferência Realizadas.	Pontuação: 4		
		<85% das das Consultas com Registro de Contrarreferência Realizadas.	Pontuação: 0		
EFICIÊNCIA DE GESTÃO	Taxa de Cancelamento de Consultas e Exames por Motivos Alheios aos Pacientes.	Envio da Informação.		7	21
	Tempo Médio de Liberação dos Resultados de Exames Diagnósticos.	≤ 15 dias para entrega dos resultados dos exames.		7	
	Percentual de Pacientes que realizaram exame em até 30 dias após a solicitação.	≥ 90% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:7	7	
		≥ 80% e < 90% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:5		
		≥70% e < 80% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:3		
		<70% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:0		
SEGURANÇA DO PACIENTE	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente.	Envio mensal do relatório.		7	7
INTEGRAÇÃO ATENÇÃO ESPECIALIZADA-ATENÇÃO PRIMÁRIA	Percentual de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	≥90% de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	Pontuação: 8	8	15
		80% a <90% de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	Pontuação: 4		
		<80 % de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	Pontuação: 0		
	Percentual de Execução das atividades de Supervisão do Cuidado.	90% de Execução das atividades de Supervisão do cuidado.	Pontuação: 7	7	
		80% a <90% de Execução das Atividades de Supervisão de Cuidado.	Pontuação: 3		
		<80 % de Execução das Atividades de Supervisão de Cuidado.	Pontuação: 0		
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%.	Pontuação: 7		
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%.	Pontuação: 5		

ATENÇÃO AO USUÁRIO	Satisfação do Usuário.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%.	Pontuação: 3	7	14
		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.		7	
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: 1		
		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.	100,0% das ações de Educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 7	7	21
		90,0% a 99,9% das ações de Educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 5		
		80,0% a 89,9% das ações de Educação Permanente na saúde programadas para o período.	Pontuação: 3		
		70,0% a 79,9% das ações de Educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 1		
		< 70,0% das ações de Educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 0		
	Taxa de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 7	7	
		Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 5		
		Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 3		
		Percentual menor que 60% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 0		
	Taxa de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 7	7	
		Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Pontuação:5		
		Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Pontuação:3		
		Percentual menor que 50% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Pontuação:0		
Total					100

Nota: Informa-se que, a partir do Termo Aditivo que acompanha este Anexo Técnico, os resultados obtidos serão submetidos à análise avaliativa, com base nas metas estabelecidas e nos critérios definidos no Contrato de Gestão. Conforme o desempenho apurado, poderá haver aplicação de descontos proporcionais, nos termos das disposições contratuais vigentes.

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 indicado

5. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

A CONTRATADA, compromete-se a encaminhar à CONTRATANTE todas as informações solicitadas, respeitando os formatos, meios e periodicidades previamente definidos por esta.

As informações mínimas obrigatórias a serem fornecidas incluem:

- 5.1 Relatórios contábeis e financeiros, de acordo com o manual de orientações contábil-financeiro;
- 5.2 Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- 5.3 Relatório de Custos;

5.4 Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;

5.5 Outras informações que venham a ser definidas pela CONTRATANTE mediante comunicação formal.

5.6 Na hipótese de a CONTRATADA não atingir as metas assistenciais estabelecidas neste contrato e seus anexos, não serão aplicados descontos ou penalidades, desde que a única causa para o não cumprimento seja a ausência de demanda espontânea suficiente para alcançar os parâmetros pactuados. Nessa situação, a CONTRATADA deverá apresentar mensalmente os dados e justificativas que comprovem a insuficiência de demanda, os quais estarão sujeitos à análise, aprovação e validação pela CONTRATANTE.

5.7 Na hipótese de a CONTRATADA apresentar demanda reprimida ou fila de espera para realização de exames, consultas ou procedimentos assistenciais que impactem o cumprimento das metas pactuadas, deverá encaminhar à CONTRATANTE, no prazo de até 30 (trinta) dias após a formalização do Termo Aditivo, Plano de Ação contendo estratégias para enfrentamento, organização e redução da demanda reprimida.

O referido Plano de Ação deverá contemplar, no mínimo:

- diagnóstico situacional da fila de espera existente;
- quantitativo de pacientes aguardando por exame, por especialidade/procedimento;
- identificação dos principais fatores que impactam o tempo de espera;
- medidas propostas para ampliação da oferta assistencial;
- estratégias de organização e qualificação do fluxo regulatório;
- cronograma de execução das ações;
- metas estimadas de redução gradual da demanda reprimida; e
- mecanismos de monitoramento e acompanhamento dos resultados alcançados.

Ressalta-se que a adoção de medidas efetivas para redução da demanda reprimida constitui importante instrumento de qualificação do acesso assistencial, contribuindo para maior resolutividade, oportunidade do cuidado e melhoria contínua dos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, solicita-se o encaminhamento do referido Plano de Ação no prazo de até 30 (trinta) dias, para análise e acompanhamento por esta Secretaria Estadual de Saúde.

5.8 Na hipótese de a CONTRATADA não atingir, em determinado trimestre, o mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) das metas assistenciais pactuadas no contrato de gestão da UPAC, será formalmente notificada pela CONTRATANTE para que, nos dois trimestres subsequentes dentro do mesmo exercício orçamentário, realize a compensação da produção por meio de atendimentos assistenciais excedentes, conforme previsto no Art. 15-A da Lei Estadual nº 15.210/2013 e no Art. 37 do Decreto Estadual nº 58.200/2025.

ANEXO TÉCNICO II DO CONTRATO

SISTEMA DE PAGAMENTO

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

1. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REPASSADOS:

1.1. A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em 2 (dois) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

(X) Atendimento Ambulatorial

(X) Sessões de Reabilitação

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\$ 4.619.936,16 (quatro milhões, seiscentos e dezenove mil novecentos e trinta e seis reais e dezesseis centavos) sendo mensal de R\$ 384.994,68 (trezentos e oitenta e quatro mil novecentos e noventa e quatro reais e sessenta e oito centavos), incluindo os recursos com administração central.

1.3. Os recursos correspondentes à Administração Central no valor mensal de R\$ 4.613,86 (quatro mil seiscentos e treze reais e oitenta e seis 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 nº 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.

1.4. 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.

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

1.5.1 70% (setenta por cento) do valor mencionado no item 1.2 acima, ou seja, R\$ 3.233.955,31 (três milhões, duzentos e trinta e três mil novecentos e cinquenta e cinco reais e trinta e um centavos), será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de R\$ 269.496,27 (duzentos e sessenta e nove mil quatrocentos e noventa e seis reais e vinte e sete centavos).

1.5.2 20% (vinte por cento) do valor mencionado no item 1.2 acima, ou seja, R\$ 923.987,23 (novecentos e vinte e três mil novecentos e oitenta e sete reais e vinte e três centavos), será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de R\$ 76.998,93 (setenta e seis mil novecentos e noventa e oito reais e noventa e três centavos) vinculado à avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.5.3 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 1.2, ou seja, R\$ 461.993,61 (quatrocentos e sessenta e um mil novecentos e noventa e três reais e sessenta e um centavos), será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal

estimativo de R\$ 38.499,47 (trinta e oito mil quatrocentos e noventa e nove reais e quarenta e sete centavos) vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido item 2 deste Anexo Técnico.

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

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

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

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

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

1.11 As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas pelo CONTRATANTE através do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais ou outra solução determinada pela SES/PE, de acordo com as normas e prazos estabelecidos pela SES/PE.

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

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

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

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

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

1.17 Além das atividades de rotina, a UPAE OURICURI poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da CONTRATANTE, conforme especificado no item 2 do Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

2. SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

2.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

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

2.1.1. A produção assistencial será avaliada com base nas quantidades estabelecidas para cada modalidade de atendimento previstas no Anexo Técnico I - Descrição dos Serviços. A variação na produção impactará proporcionalmente o valor a ser repassado à CONTRATADA, conforme a alocação dos recursos por tipo de despesa, respeitando os percentuais definidos na tabela abaixo.

Tabela 1: Tabela de Valoração Financeira do Indicador de Produção Assistencial

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de atendimentos Ambulatorial Médico Realizado.	Acima do volume contratado.	12,0% do valor global do contrato.
	De 85,0% até 100% do volume contratado.	12,0% do valor global do contrato.
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado.	8,0% do valor global do contrato.
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado.	4,0% do valor global do contrato.
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado.	2,0% do valor global do contrato.
	Menor que 30,0% do volume contratado.	0,0% do valor global do contrato.
Número de Consultas Ambulatoriais Realizadas por Profissional de Nível Superior, exceto Médicos.	Acima do volume contratado.	5,0% do valor global do contrato.
	De 85,0% até 100% do volume contratado.	5,0% do valor global do contrato.
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado.	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.	1,0% do valor global do contrato.
	Menor que 30,0% do volume contratado.	0,0% do valor global do contrato.
Número de Sessões de Reabilitação Realizadas.	Acima do volume contratado.	3,0% do valor global do contrato.
	De 85,0% até 100% do volume contratado.	3,0% do valor global do contrato.
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado.	2,5% 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.

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

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

Tabela 2: Tabela de Valoração Financeira do Índice Global de Qualidade (IGQ)

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

ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO

Os indicadores adotados estão relacionados tanto à quantidade de atendimentos realizados (produção assistencial) quanto à qualidade do cuidado prestado aos usuários da UPAC OURICURI. Esses indicadores avaliam aspectos essenciais da efetividade da gestão e do desempenho da unidade, permitindo o monitoramento contínuo dos resultados alcançados na atenção especializada.

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

A cada ano, quando houver alterações nos indicadores, será elaborado novo Manual que estabelecerá todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão. O Manual que subsidiará a avaliação do ano de 2026/2027 encontra-se descrito a seguir.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

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

MANUAL DE INDICADORES - PARTE VARIÁVEL

CONTRATO DE GESTÃO

DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO

1. INTRODUÇÃO

Este documento descreve os indicadores que serão avaliados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco na análise para repasse de 30% da parte variável (indicadores de produção e qualidade) do Contrato de Gestão em seus respectivos meses de avaliação. O monitoramento e avaliação de cada indicador será mensal, mas sua consolidação e análise ocorrerá de forma trimestral. Para efeitos de valoração financeira, considera-se o atingimento das metas mensais, que somente serão descontadas em caso de seu não cumprimento, após a avaliação trimestral, nos termos da Lei Nº 15.210/2013 e suas alterações e do Decreto 58.200/2025.

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

2. METAS E INDICADORES

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

2.1 INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

Tem por finalidade mensurar o volume de serviços assistenciais efetivamente prestados pela unidade de saúde, constituindo

instrumento para o monitoramento da execução contratual e a verificação do cumprimento da meta pactuada, com vinculação aos recursos financeiros do Contrato de Gestão, conforme critérios definidos pela contratante.

Quadro 1: Quadro Geral de Indicadores Quantitativos de Produção - Com valoração financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Produção	Número de atendimentos Ambulatorial Médico Realizado.	Total de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial na unidade durante o período de apuração.	Realizar 1.122 consultas médicas por mês om oferta de todas as especialidades previstas.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Número de Consultas Ambulatoriais Realizadas por Profissional de Nível Superior, exceto Médicos.	Total de consultas ambulatoriais realizadas na unidade durante o período de apuração por profissionais de nível superior que não sejam médicos.	Realizar 277 consultas ambulatoriais por profissionais de nível superior (exceto médico) mensalmente.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Número de Sessões de Reabilitação Realizadas.	Total de sessões de atendimento realizadas em programas de reabilitação na unidade durante o período de apuração.	Realizar 277 sessões de reabilitação, mensalmente.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Número de Procedimentos de SADT por Tipo.	Total de procedimentos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) realizados pela unidade de saúde.	Prestar informação do número de procedimentos de SADT realizados mensalmente, por tipo.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.

2.1.1 NÚMERO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAL MÉDICO REALIZADO

Nome	Número de Atendimentos Ambulatorial Médico Realizado
Conceituação	Corresponde ao total de consultas médicas ambulatoriais efetivamente realizadas na unidade de saúde, em determinado período de referência, contemplando os atendimentos prestados por profissionais médicos habilitados, de forma presencial, no âmbito da atenção ambulatorial especializada ou geral, conforme a carteira de serviços pactuada. Inclui primeiras consultas, consultas subsequentes, retornos e interconsultas, desde que devidamente registradas, concluídas e validadas nos sistemas oficiais ou institucionais de informação em saúde.
Importância	Este indicador é fundamental para o monitoramento sistemático da produção assistencial ambulatorial, pois permite mensurar, de forma objetiva, o volume de consultas médicas efetivamente ofertadas à população. Seu acompanhamento possibilita avaliar o acesso oportuno dos usuários aos serviços médicos, o cumprimento das metas quantitativas pactuadas no contrato de gestão e a capacidade operacional da unidade frente à demanda assistencial. Além disso, o indicador subsidia o planejamento, a programação e a alocação racional de recursos humanos, físicos e financeiros, apoiando a identificação de gargalos assistenciais, o ajuste de agendas, a otimização dos fluxos de atendimento e a melhoria da eficiência operacional. Ao integrar os processos de monitoramento e avaliação, fortalece a transparência da gestão, qualifica a tomada de decisão baseada em evidências e contribui para a melhoria contínua da qualidade, resolutividade e sustentabilidade da atenção ambulatorial prestada.
Meta	Realizar 1.122 consultas médicas mensalmente.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)

Numerador: Total de consultas médicas ambulatoriais efetivamente realizadas e concluídas no período de referência, devidamente registradas e validadas nos sistemas oficiais ou institucionais de informação em saúde.

- Primeiras consultas;
- Consultas subsequentes e retornos;
- Interconsultas (quando pactuadas)

Critério de Inclusão:

- Consultas médicas ambulatoriais efetivamente realizadas e concluídas;
- Atendimentos prestados por profissional médico legalmente habilitado;
- Registros realizados e validados em sistema oficial ou institucional de informação em saúde (ex.: prontuário eletrônico, BPA/SIA-SUS ou sistema próprio);
- Inclusão de primeira consulta, consultas subsequentes, retornos e interconsultas, quando previstas contratualmente;

Critério de Exclusão:

- Procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sem consulta médica associada;
- Atendimentos realizados por outros profissionais de saúde que não médicos;
- Consultas não concluídas, canceladas, reagendadas ou em que o paciente não compareceu.

Definição

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

O desempenho deste indicador corresponde a até 12,0% (doze por cento) do valor global do contrato, com pagamento condicionado ao percentual de alcance da meta quantitativa pactuada, conforme regras estabelecidas no Contrato de Gestão e seus respectivos anexos. Observações Técnicas:

- A avaliação do desempenho será realizada mediante 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. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações.
- Consideram-se apenas atendimentos médicos devidamente registrados nos sistemas oficiais;
- Atendimentos duplicados ou inconsistentes não devem ser computados;
- A apuração deverá respeitar os critérios contratuais vigentes.

REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. 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.

2.1.2. NÚMERO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS REALIZADAS POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICOS.

Nome	Número de Consultas Ambulatoriais Realizadas por Profissional de Nível Superior, Exceto Médicos.
Conceituação	Indicador de produção assistencial que mensura o total de consultas ambulatoriais individuais realizadas por profissionais de nível superior não médicos, no âmbito do atendimento ambulatorial, em determinado período de referência. Consideram-se consultas ambulatoriais os atendimentos clínico-assistenciais individualizados, realizados por profissionais legalmente habilitados e autorizados, no exercício de suas competências profissionais, devidamente registrados e validados nos sistemas oficiais de informação do SUS (SIA/SUS).
Importância	O indicador é fundamental para o monitoramento da produção assistencial da equipe multiprofissional no atendimento ambulatorial, permitindo avaliar a capacidade operacional da unidade, o grau de utilização dos recursos humanos disponíveis e a contribuição efetiva dos profissionais de nível superior não médicos na atenção à saúde. Seu acompanhamento subsidia o planejamento, a organização e a avaliação da oferta de serviços ambulatoriais, favorecendo a adequada distribuição de carga de trabalho, a identificação de necessidades de ajustes na composição da equipe e o aprimoramento da resolutividade assistencial. Além disso, o indicador constitui instrumento essencial de monitoramento de desempenho em contratos de gestão, assegurando transparência, rastreabilidade e alinhamento às diretrizes do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à valorização do cuidado multiprofissional e à integralidade da atenção.
Meta	Realizar 277 consultas ambulatoriais mensais por profissionais de nível superior, exceto médicos.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)

Numerador: Total de consultas ambulatoriais individuais efetivamente realizadas por profissionais de nível superior não médicos, no período de referência.

Critério de Inclusão:

- Consultas ambulatoriais individuais realizadas por profissionais de nível superior não médicos, tais como: enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, entre outros;
- Somente serão considerados válidos os atendimentos efetivamente executados e registrados nos sistemas oficiais de informação;
- Atendimentos com inconsistências, duplicidades ou registros incompletos não deverão ser computados;
- Consultas devidamente registradas e validadas no sistema de informação oficial (SIA/SUS ou sistema institucional adotado pela unidade);
- Atendimentos realizados dentro do período de apuração do indicador (mês de referência).

Critério de Exclusão:

- Consultas médicas, independentemente da especialidade;
- Atendimentos realizados por profissionais de nível médio ou técnico;
- Atividades administrativas, reuniões, ações educativas coletivas, grupos terapêuticos, visitas técnicas ou outras ações que não se caracterizem como consulta ambulatorial individual;
- Atendimentos não concluídos, cancelados ou sem registro válido no sistema de informação.

Definição

Denominador: Não se aplica, por se tratar de indicador de produção absoluta. Observações:

- Quando utilizamos o termo atendimento/consulta individual, o "individual" se refere ao usuário (paciente), não à atuação exclusiva de um único profissional.

Ex: Individual = um usuário por registro. Observações Técnicas:

- A avaliação do desempenho será realizada mediante comparação entre a produção mensal registrada e a meta pactuada, conforme critérios contratuais vigentes;
- A apuração deverá respeitar os critérios contratuais vigentes.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o 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 SESSÕES DE REABILITAÇÃO REALIZADAS

Nome	Número de Sessões de Reabilitação Realizadas.
Conceituação	Indicador de produção assistencial que mensura o total de sessões de reabilitação efetivamente realizadas no período de referência, no âmbito ambulatorial, por profissionais legalmente habilitados, conforme protocolos assistenciais e normativas vigentes. Considera-se sessão de reabilitação cada atendimento terapêutico individual prestado a um usuário, com finalidade de recuperação, manutenção ou melhora da funcionalidade, devidamente registrado e validado nos sistemas oficiais de informação do SUS (SIA/SUS) ou em sistema institucional adotado pela unidade e homologado pela Secretaria Estadual de Saúde.
Importância	O indicador é essencial para avaliar a produção e a capacidade operacional dos serviços de reabilitação, permitindo monitorar a oferta de cuidados terapêuticos e a continuidade do acompanhamento dos usuários. Seu acompanhamento subsidia o planejamento assistencial, a organização dos fluxos de atendimento e a adequada alocação de recursos humanos, contribuindo para a efetividade das ações de reabilitação e para o alcance dos objetivos terapêuticos pactuados. Além disso, constitui instrumento estratégico para o monitoramento do cumprimento de metas de produção em contratos de gestão, assegurando transparência, rastreabilidade e alinhamento às diretrizes do Sistema Único de Saúde.
Meta	Realizar 277 sessões de reabilitação, por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta (produção))

Numerador: Total de sessões de reabilitação ambulatorial efetivamente realizadas no período de referência, registradas de forma individualizada por usuário.

Critério de Inclusão:

- Sessões de reabilitação ambulatorial efetivamente realizadas, com atendimento individual ao usuário;
- atendimentos prestados por profissionais de nível superior legalmente habilitados para práticas de reabilitação, conforme normativas vigentes;
- Sessões executadas de acordo com protocolos assistenciais, planos terapêuticos e rotinas estabelecidas pela unidade;
- atendimentos realizados dentro do período de apuração do indicador (mês de referência).

Critério de Exclusão:

- Sessões não realizadas, canceladas, interrompidas ou com ausência do usuário;
- Avaliações isoladas, atendimentos administrativos ou procedimentos que não configurem sessão terapêutica de reabilitação;
- Sessões sem registro válido ou com inconsistências nos sistemas de informação;
- atendimentos realizados fora do período de referência do indicador.

Definição

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

Observações Técnicas:

- A avaliação do desempenho será realizada mediante a comparação entre a produção mensal efetivamente registrada e a meta pactuada, observando os percentuais de alcance definidos contratualmente;
- A apuração deverá observar integralmente as disposições contratuais, normativas e assistenciais vigentes.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações.

REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS): manual de orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde.

2.2 INDICADORES QUANTITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO - 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 mensal enviado a CONTRATANTE, podendo servir de base para reavaliações contratuais, auditorias ou reestruturações de processos.

Quadro 2: Quadro Geral de Indicadores Quantitativos de Produção - Sem valoração financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO

TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META	
Produção	Consultas de Neuropediatria - Transtorno do Espectro Autista (TEA)	Mensurar o número de consultas ambulatoriais de neuropediatria destinadas à avaliação, diagnóstico e acompanhamento de usuários com suspeita ou diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).	Realizar 154 Consultas de Neuropediatria - Transtorno do Espectro Autista (TEA), por mês.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

2.2.1 CONSULTAS DE NEUROPEDIATRIA - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Nome	Consultas de Neuropediatria - Transtorno do Espectro Autista (TEA)
Conceituação	Indicador de produção assistencial que mensura o número de consultas ambulatoriais especializadas em neuropediatria realizadas no período de referência, destinadas à avaliação diagnóstica, confirmação diagnóstica e acompanhamento clínico de crianças e adolescentes com suspeita ou diagnóstico confirmado de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Consideram-se consultas válidas aquelas efetivamente realizadas por médico neuropediatra ou profissional médico legalmente habilitado para atuação em neuropediatria, devidamente registradas e validadas nos sistemas oficiais de informação do SUS (SIA/SUS) ou em sistema institucional adotado pela unidade e reconhecido pela Secretaria Estadual de Saúde.
Importância	O indicador é estratégico para o monitoramento do acesso ao cuidado especializado em neuropediatria no contexto do Transtorno do Espectro Autista, contribuindo para a identificação oportuna de casos suspeitos, o acompanhamento clínico continuado e a qualificação da assistência prestada a crianças e adolescentes. Seu acompanhamento permite avaliar a capacidade instalada do serviço, subsidiar o planejamento da oferta assistencial, identificar demandas reprimidas e orientar a organização da Rede de Atenção à Saúde, em especial no que se refere à articulação com serviços multiprofissionais. No âmbito da gestão, o indicador constitui ferramenta essencial para o monitoramento de metas assistenciais, a avaliação de desempenho em contratos de gestão e o alinhamento das ações às diretrizes do Sistema Único de Saúde e às políticas públicas voltadas à atenção à pessoa com TEA.
Meta	Realizar 154 Consultas de Neuropediatria - Transtorno do Espectro Autista (TEA), por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de produção - quantidade absoluta).

Numerador: Total de consultas ambulatoriais de neuropediatria relacionadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) efetivamente realizadas no período de referência.

Critério de Inclusão:

- Consultas ambulatoriais efetivamente realizadas por médico neuropediatra ou médico legalmente habilitado para atuação em neuropediatria;
- Atendimento destinados à avaliação diagnóstica, confirmação diagnóstica ou acompanhamento clínico de crianças e adolescentes com suspeita ou diagnóstico confirmado de TEA;
- Incluem-se primeira consulta, consultas de retorno, seguimento e reavaliações clínicas relacionadas ao TEA;
- Consultas devidamente registradas, consolidadas e validadas em sistema oficial de informação (ex.: SIA/SUS) ou em sistema institucional adotado pela unidade;
- atendimentos realizados dentro do período de apuração do indicador (mês de referência).

Crítérios de Exclusão:

- Consultas agendadas e não realizadas (faltas, cancelamentos ou reagendamentos);
- atendimentos realizados por especialidades distintas da neuropediatria;
- Consultas sem vinculação clínica ao TEA, ainda que realizadas por neuropediatria;
- atendimentos sem registro válido ou com inconsistências nos sistemas de informação;
- Procedimentos administrativos, orientações telefônicas ou discussões de caso sem presença do usuário.

Definição

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

Observações Técnicas:

- A avaliação do desempenho será realizada mediante a comparação entre a produção mensal efetivamente registrada e a meta pactuada, observando os percentuais de alcance definidos contratualmente;
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Atualizado em 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: coordenação do cuidado, eficiência de gestão, segurança do paciente, integração atenção especializada-atenção primária, atenção ao usuário, transparência, educação permanente.

O índice, com pontuação variando de 0 a 100 pontos, tem seu resultado alcançado diretamente relacionado à sistemática de pagamento do contrato de gestão, incentivando a melhoria contínua e o cumprimento das metas estabelecidas.

Segue abaixo o Quadro Geral de Indicadores de Qualidade:

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
COORDENAÇÃO DO CUIDADO	Percentual de Pacientes com Plano Terapêutico Singular Formalizado.	Assegurar a elaboração e o registro formal do Plano Terapêutico Singular.	≥ 90% dos Pacientes da atenção ambulatorial elegíveis.	Pontuação: 8	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	8	15
			≥ 80% a < 90% dos Pacientes da atenção ambulatorial elegíveis.	Pontuação: 4			
			< 80% dos Pacientes da atenção ambulatorial elegíveis.	Pontuação: 0			
	Percentual de Consultas com Registro de Contrarreferência Realizado.	Verificar a formalização do processo de contrarreferência.	≥ 90% das Consultas com Registro de Contrarreferência Realizadas.	Pontuação: 7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	
			≥ 80% a < 90% das Consultas com Registro de Contrarreferência Realizadas.	Pontuação: 4			

			<85% das das Consultas com Registro de Contrarreferência Realizadas.	Pontuação: 0			
EFICIÊNCIA DE GESTÃO	Taxa de Cancelamento de Consultas e Exames por Motivos Alheios aos Pacientes.	Monitorar cancelamentos decorrentes de causas institucionais.	Envio da Informação.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	21
	Tempo Médio de Liberação dos Resultados de Exames Diagnósticos.	Monitorar a agilidade e a efetividade dos fluxos internos de diagnóstico.	≤ 15 dias para entrega dos resultados dos exames.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	
	Percentual de Pacientes que realizaram exame em até 30 dias após a solicitação.	Monitorar o cumprimento dos prazos assistenciais pactuados.	≥ 90% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	
			≥ 80% e < 90% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:5			
			≥70% e < 80% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:3			
			<70% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:0			
SEGURANÇA DO PACIENTE	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente.	Garantir que os incidentes de segurança sejam registrados, analisados e corrigidos.	Envio mensal do relatório.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	7
INTEGRAÇÃO ATENÇÃO ESPECIALIZADA- ATENÇÃO PRIMÁRIA	Percentual de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	Monitorar a execução das atividades de matriciamento conforme o planejamento pactuado.	≥90,0% de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	Pontuação: 8	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	8	15
			80,0% a <90,0% de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	Pontuação: 4			
			<80,0 % de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	Pontuação: 0			
	Percentual de Execução das atividades de Supervisão do Cuidado.	Monitorar a execução das atividades de Supervisão do Cuidado.	90,0% de Execução das Atividades de Supervisão do Cuidado.	Pontuação: 7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	
			80,0% a <90,0% de Execução das Atividades de Supervisão do Cuidado.	Pontuação: 3			
			<80,0 % de Execução das Atividades de Supervisão do Cuidado.	Pontuação: 0			
	Satisfação do Usuário.	Aferição mensal do grau de satisfação dos usuários e	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%.	Pontuação: 7	SIMAS ou outra solução determinada pela	7	
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%.	Pontuação: 5			

ATENÇÃO AO USUÁRIO		acompanhantes atendidos.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%.	Pontuação: 3	SES/PE.		14
			Aferir satisfação do usuário menor que 70%.	Pontuação: 0			
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Publicação mensal das respostas às queixas recebidas na unidade de saúde.	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	
TRANSPARÊNCIA	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.	Aferição mensal de informações de transparência em consonância com normativas vigentes.	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 7	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE.	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: 1			
			Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 0			
	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.	Avaliar a execução do plano de educação permanente.	100,0% 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	
			90,0% a 99,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 5			
			80,0% a 89,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 3			
			70,0% a 79,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 1			
			< 70,0% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 0			

EDUCAÇÃO PERMANENTE	Taxa de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Avaliar o nível de engajamento da equipe assistencial (médicos, enfermeiros, demais profissionais de nível superior e de nível técnico) nas ações de educação permanente promovidas pela unidade.	Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente	Pontuação: 7	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	7	21
			Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente	Pontuação: 5			
			Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente	Pontuação: 3			
			Percentual menor que 60% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente	Pontuação: 0			
	Taxa de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Monitorar o grau de participação da equipe administrativa nas ações de educação permanente promovidas pela unidade.	Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente	Pontuação: 7	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	7	
			Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente	Pontuação:5			
			Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente	Pontuação:3			
			Percentual menor que 50% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente	Pontuação:0			
Total						100	

Vale ressaltar que, para os indicadores cuja fonte de verificação seja o SIMAS, deve ser avaliada a viabilidade de mensuração por meio desse sistema. Caso a mensuração não seja possível via SIMAS, a Secretaria Estadual de Saúde poderá indicar um método alternativo para a apuração dos resultados.

3. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DE QUALIDADE COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

INDICADORES RELACIONADOS À COORDENAÇÃO DO CUIDADO

3.1. PERCENTUAL DE PACIENTES COM PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR FORMALIZADO

Nome Percentual de Pacientes com Plano Terapêutico Singular Formalizado

Conceituação	O Percentual de Pacientes com Plano Terapêutico Singular (PTS) Formalizado mede a proporção de usuários elegíveis, acompanhados na Atenção Ambulatorial Especializada, que possuem Plano Terapêutico Singular elaborado de forma multiprofissional, formalizado e registrado em prontuário. O PTS consiste em um instrumento de organização e coordenação do cuidado, construído de maneira compartilhada pela equipe multiprofissional, que define objetivos terapêuticos, intervenções, responsabilidades, estratégias de acompanhamento e critérios de reavaliação, sendo indicado especialmente para pacientes com condições clínicas complexas, necessidade de cuidado longitudinal ou acompanhamento multiprofissional estruturado.
Importância	O Plano Terapêutico Singular é um dos principais instrumentos para garantir a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada. Sua adoção permite organizar as ações clínicas e terapêuticas de forma articulada entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, evitando a fragmentação da assistência e assegurando que o acompanhamento do paciente esteja alinhado às suas necessidades clínicas, funcionais e psicossociais. A formalização do PTS em prontuário fortalece a comunicação entre a equipe multiprofissional, qualifica o processo decisório, aumenta a segurança do paciente e favorece o monitoramento da evolução clínica e dos resultados terapêuticos. Além disso, contribui para a racionalização do uso de recursos assistenciais, a prevenção de agravamentos e internações evitáveis e a melhoria dos desfechos em saúde. Como indicador de qualidade, o percentual de pacientes com PTS formalizado permite avaliar o grau de organização do cuidado especializado, a efetividade da atuação multiprofissional e a aderência da unidade às diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada Ambulatorial.
Meta	≥ 90% dos pacientes elegíveis da atenção ambulatorial especializada com PTS formalizado.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x 100
	Numerador: Número de pacientes elegíveis da Atenção Ambulatorial Especializada que, no período de apuração, possuam Plano Terapêutico Singular formalizado, elaborado de forma multiprofissional e devidamente registrado em prontuário físico ou eletrônico. Critérios de Inclusão - São incluídos no numerador os pacientes que atendam simultaneamente aos seguintes critérios: • Pacientes considerados elegíveis para elaboração de PTS, conforme critérios definidos para o denominador; • PTS elaborado de forma multiprofissional; • PTS formalizado e registrado em prontuário; • PTS contendo, no mínimo: ◦ Identificação do paciente; ◦ Diagnóstico(s) ou condição clínica principal; ◦ Objetivos terapêuticos definidos; ◦ Intervenções pactuadas; ◦ Profissionais envolvidos no cuidado; ◦ Periodicidade ou critério de reavaliação. Critérios de Exclusão - PTS incompleto ou não registrado em prontuário. Denominador - Total de pacientes acompanhados na atenção ambulatorial especializada que atendam aos critérios de elegibilidade para elaboração de Plano Terapêutico Singular no período de apuração. Critérios de Inclusão - São considerados elegíveis para o PTS os pacientes que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições: • Pacientes com doenças crônicas complexas, caracterizadas pela presença de múltiplas comorbidades (ex.: diabetes mellitus associada à hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica, obesidade, entre outras); • Pacientes em processo de reabilitação funcional, de natureza neurológica, ortopédica ou cardiorrespiratória; • Pessoas com deficiência física, intelectual ou sensorial que impacte de forma significativa o cuidado e o plano assistencial; • Pacientes com doenças crônicas descompensadas ou com histórico de internações recorrentes; • Pacientes com condições clínicas que demandem cuidado prolongado e acompanhamento longitudinal; • Pacientes com necessidades psicossociais relevantes que interfiram na adesão ou na condução do tratamento; • Pacientes acompanhados de forma multiprofissional estruturada, envolvendo duas ou mais categorias profissionais, tais como médico, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, entre outras.
Definição	Critérios de Exclusão: • Pacientes com condição clínica estável, em seguimento ambulatorial rotineiro, sem necessidade de cuidado multiprofissional estruturado; • Casos resolvidos exclusivamente por protocolos assistenciais padronizados; • Atendimento pontuais ou episódicos, sem indicação de acompanhamento longitudinal.
	Justificativa técnica: A elaboração do Plano Terapêutico Singular é reconhecida pelo Ministério da Saúde como instrumento essencial para o cuidado contínuo, especialmente nos casos de doenças crônicas, reabilitação, deficiências, condições complexas e necessidades prolongadas de cuidado. As diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada Ambulatorial e as normativas da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793, 2012) reconhecem o PTS como parte integrante do processo assistencial, não sendo uma ação opcional para pacientes elegíveis. Dessa forma, a ausência de PTS para pacientes que atendam aos critérios de elegibilidade caracteriza fragilidade na organização do cuidado e compromete a integralidade da atenção. Observações para Comprovação do Indicador: Para fins de monitoramento e comprovação do indicador, a unidade de saúde deverá encaminhar à SES/PE relatório contendo a identificação de todos os pacientes elegíveis e a informação objetiva quanto à existência do PTS formalizado. Recomenda-se a utilização de planilha padronizada, assegurando rastreabilidade, transparência e

possibilidade de auditoria, contendo, no mínimo:

- Identificação do paciente;
- Critério(s) de elegibilidade;
- Data de elaboração do PTS;
- Profissionais participantes;
- Número de registro no prontuário.

O adequado preenchimento e organização das informações fortalecem a confiabilidade do indicador e qualificam o processo de avaliação da Atenção Ambulatorial Especializada.

Observação:

- Para assegurar a transparência, a fidedignidade das informações e a adequada avaliação do indicador, é fundamental que os dados encaminhados à CTAL estejam completos, corretos e apresentados de forma clara e objetiva. O preenchimento padronizado e a organização das evidências fortalecem a credibilidade do processo de monitoramento, qualificam a gestão da informação e contribuem para decisões mais assertivas no âmbito da Política de Atenção Ambulatorial;
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Especializada Ambulatorial. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 out. 2023. BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos HumanizaSUS, v. 1).

3.2. PERCENTUAL DE CONSULTAS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADAS COM REGISTRO DE CONTRARREFERÊNCIA

Nome	Percentual de Consultas Ambulatoriais Especializadas com Registro de Contrarreferência Realizado
Conceituação	O indicador mede a proporção de consultas ambulatoriais especializadas nas quais foi realizado o registro formal da contrarreferência, assegurando a comunicação estruturada das informações clínicas, condutas adotadas e orientações de seguimento ao ponto de origem do paciente ou a outro serviço da Rede de Atenção à Saúde. A contrarreferência constitui instrumento essencial para a coordenação do cuidado, garantindo a continuidade da atenção e a adequada integração entre os diferentes níveis assistenciais.
Importância	O registro da contrarreferência é fundamental para assegurar a continuidade, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Ao comunicar de forma estruturada os diagnósticos, procedimentos realizados, condutas terapêuticas e orientações para seguimento, o serviço especializado permite que o ponto de origem do paciente — especialmente a Atenção Primária à Saúde — dê prosseguimento ao cuidado de maneira adequada e resolutiva. Do ponto de vista assistencial, a contrarreferência reduz a fragmentação da atenção, evita duplicidade de exames e procedimentos, fortalece a responsabilização compartilhada entre os serviços e melhora a adesão do paciente ao tratamento. Sob a ótica da gestão, o monitoramento desse indicador possibilita avaliar a efetividade da articulação em rede, identificar fragilidades nos fluxos de informação e subsidiar ações de melhoria dos processos assistenciais pactuados.
Meta	≥ 90% das consultas ambulatoriais elegíveis com registro de contrarreferência.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100

Numerador: Número de consultas ambulatoriais especializadas, no período de apuração, com registro formal de contrarreferência realizado em prontuário físico ou eletrônico.

Critérios de Inclusão :

- Consultas ambulatoriais especializadas em que houve:
 - alta ambulatorial;
 - conclusão de investigação diagnóstica;
 - definição de plano terapêutico com retorno ao serviço de origem;
- Contrarreferência registrada em prontuário, contendo no mínimo:
 - identificação do paciente;
 - diagnóstico ou hipótese diagnóstica (CID quando aplicável);
 - conduta realizada;
 - orientações para seguimento;
 - definição de retorno ou alta;
 - identificação do profissional responsável.

Critérios de Exclusão:

- Consultas elegíveis sem registro de contrarreferência;
- Registros incompletos ou inexistentes em prontuário.

Denominador: Total de consultas ambulatoriais especializadas realizadas no período de apuração que, conforme avaliação clínica, demandem retorno do paciente ao serviço de origem ou encaminhamento para continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Critérios de Inclusão:

Definição

- Consultas ambulatoriais especializadas efetivamente realizadas no período;
- Consultas com definição de alta, conclusão de investigação diagnóstica, encaminhamento ou plano terapêutico com retorno à rede;
- Consultas cuja conduta gere necessidade de comunicação formal ao serviço de origem ou a outro ponto da Rede de Atenção à Saúde.

Critérios de Exclusão:

- Consultas exclusivamente avaliativas, sem definição de conduta;
- Atendimento de seguimento interno no próprio serviço especializado;
- Consultas em que não haja necessidade de retorno do paciente à rede.

Impactos da Ausência de Contrarreferência na Linha de Cuidado:

Um sistema ineficiente ou inexistente de contrarreferência prejudica o seguimento do indivíduo em suas diferentes necessidades, impede a correlação entre patologias de diferentes áreas da medicina e da saúde como um todo, dificulta a avaliação longitudinal do paciente e prejudica até mesmo a adesão correta do indivíduo ao seu tratamento. Além disso, aumenta os gastos na saúde, pois cria, entre outras coisas, encaminhamentos desnecessários e repetição de tratamentos já realizados (Santos, 2015).

Destino da Contrarreferência: A contrarreferência gerada pelos médicos na atenção ambulatorial especializada terá como destino a unidade de origem do paciente, que geralmente é a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou o serviço de referência que realizou o encaminhamento para o atendimento especializado. Este processo é essencial para garantir a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção na rede de saúde.

Observação:

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

Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Diretrizes para a Atenção Ambulatorial Especializada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

EFICIÊNCIA DE GESTÃO

3.3. TAXA DE CANCELAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES POR MOTIVOS ALHEIOS AOS PACIENTES

Nome Taxa de Cancelamento de Consultas e Exames por Motivos Alheios aos Pacientes

Conceituação O indicador mede a proporção de consultas e exames cancelados por razões atribuídas à unidade de saúde — como falta de profissional, indisponibilidade de sala/equipamento, ausência de materiais, erros de agendamento ou problemas administrativos. Ele revela o quanto a gestão consegue garantir a execução da agenda programada e o uso eficiente dos recursos assistenciais.

Importância	Este indicador é fundamental para avaliar a eficiência da gestão da unidade de saúde. Cancelamentos ocasionados por falta de profissionais, indisponibilidade de equipamentos, problemas administrativos, erros de agendamento ou outras falhas operacionais representam desperdício de recursos, ociosidade de agendas e retrabalho das equipes.	
	Além de gerar custos e impactar a produtividade, esse cenário compromete a continuidade da assistência, prolonga o tempo de espera do usuário e reduz a previsibilidade do cuidado, repercutindo negativamente na satisfação do paciente e na credibilidade do serviço.	
	Ao monitorar esse indicador, a gestão dispõe de evidências para identificar causas, planejar intervenções, otimizar fluxos, ajustar escalas, fortalecer processos e garantir maior estabilidade na oferta assistencial.	
	Por isso, trata-se de um indicador estratégico para qualificar a organização do serviço, reduzir perdas e aprimorar a experiência do usuário no acesso à atenção ambulatorial.	
Meta	Envio da Informação.	
Método de Cálculo	de	Não é aplicável.
Definição	Para fins deste Contrato, consideram-se motivações alheias ao paciente, e, portanto, de responsabilidade da CONTRATADA, as seguintes causas relativas ao atendimento ambulatorial especializado:	
	• Ausência de profissional escalado para a consulta ou exame o (médico, enfermeiro, técnico ou outro membro da equipe assistencial vinculado ao atendimento); • Falta de insumos, materiais médico-hospitalares, medicamentos ou demais itens necessários à realização do exame; • Indisponibilidade de sala ou espaço assistencial por falha de gestão da agenda, superlotação evitável ou conflitos de programação; • Inoperância de equipamentos assistenciais necessários à realização da consulta ou exame, quando decorrente de falha de manutenção preventiva ou omissão da gestão da unidade; • Falhas de agendamento, erro de planejamento, marcação indevida ou duplicidade de horário; • Ausência de autorização administrativa interna prévia necessária para a execução da consulta ou exame; • Interdições administrativas ou sanitárias decorrentes de não conformidades sob responsabilidade da CONTRATADA.	
	Observação 01:	
	Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações.	
	REFERÊNCIA:	
	LOPES, Priscila Rodrigues Rabelo; MATOS, Marco Antônio Bragança de. Diretrizes para agendamento na Atenção Ambulatorial Especializada. 1. versão 2018; 1. revisão 2022. [S.l.: s.n.], 2022. 18 p.BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resoluções e normas sanitárias aplicadas à prestação de serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2020.	

3.4. TEMPO MÉDIO DE LIBERAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS

Nome	Tempo Médio de Liberação dos Resultados de Exames Diagnósticos		
Conceituação	Refere-se ao intervalo médio de tempo, expresso em dias, transcorrido entre a realização/coleta do exame diagnóstico e a disponibilização formal do respectivo resultado ao profissional solicitante e/ou ao paciente, por meio de sistema eletrônico, prontuário ou outro meio institucional oficial. O indicador contempla os exames diagnósticos solicitados e realizados/coletados no âmbito da atenção ambulatorial da unidade, incluindo, conforme aplicável, exames laboratoriais, de imagem e outros exames complementares, respeitadas as particularidades técnicas de cada tipo de exame.		
Importância	O Tempo Médio de Liberação dos Resultados de Exames Diagnósticos é um indicador fundamental para a avaliação da qualidade e da eficiência da atenção ambulatorial, pois está diretamente relacionado à oportunidade do cuidado e à resolutividade dos atendimentos.A disponibilização tempestiva dos resultados permite que o profissional de saúde realize o diagnóstico de forma mais ágil e precisa, viabilizando a definição, o início ou o ajuste do tratamento no momento adequado, o que é especialmente relevante em casos de maior complexidade clínica ou de risco assistencial elevado.		
	Além disso, a redução do tempo de espera por resultados contribui para a continuidade do cuidado, evita atrasos desnecessários no seguimento ambulatorial e diminui a necessidade de retornos repetidos do paciente à unidade. Do ponto de vista da gestão, esse indicador possibilita o monitoramento dos fluxos assistenciais e dos serviços de apoio diagnóstico, identificando gargalos operacionais, subsidiando a adoção de medidas corretivas e promovendo a melhoria contínua dos processos.		
	demais, impacta positivamente a segurança do paciente e a satisfação dos usuários, ao reduzir a ansiedade e os riscos associados à demora na confirmação diagnóstica, reforçando o compromisso da unidade com a qualidade da assistência prestada.		
Meta	≤ 15 dias corridos de tempo médio para liberação dos resultados dos exames diagnósticos.		
Método de Cálculo	de	Numerador / Denominador	

Método de Cálculo

$$\text{Tempo Médio de Liberação} = \frac{\sum (\text{Data de disponibilização do resultado} - \text{Data de realização/coleta do exame})}{\text{Número total de exames considerados}}$$

Numerador:

Somatório do tempo decorrido, em dias corridos, entre a realização ou coleta do exame diagnóstico e a disponibilização formal do respectivo resultado, para todos os exames incluídos no período de apuração. Denominador: Total de exames diagnósticos realizados e com resultado efetivamente disponibilizado no período de apuração. Critérios de Inclusão (Numerador/Denominador):

- Exames diagnósticos realizados no âmbito da atenção ambulatorial da unidade durante o período de apuração;
- Exames com registro confiável da data de realização/coleta e da data de disponibilização do resultado;
- Exames com resultado liberado e acessível ao profissional solicitante e/ou ao paciente;
- Exames laboratoriais, de imagem e outros exames complementares definidos no escopo do indicador;
- Exames realizados por serviço próprio ou terceirizado, desde que contratualmente vinculados à unidade.

Critério de Exclusão (Numerador/Denominador):

Definição

- Exames cancelados, inconclusivos ou repetidos por falha técnica;
- Exames sem registro confiável de data e/ou hora de realização/coleta ou de liberação do resultado;
- Exames realizados em caráter de urgência ou emergência, quando não se enquadrarem no escopo ambulatorial do indicador;
- Exames cujo atraso na liberação decorra de fatores externos justificados, tais como:
 - necessidade de recoleta por inadequação da amostra;
 - intercorrências clínicas do paciente;
 - indisponibilidade temporária de insumos críticos ou equipamentos, devidamente registrada;
- Exames encaminhados para laboratórios de referência externa, quando o contrato não previr controle do prazo pela unidade.

Observação:

- A meta estabelecida para o indicador é que o tempo médio de entrega dos exames seja de até 15 dias corridos. Isso significa que, ao final de cada período de apuração, o valor médio calculado não deve ultrapassar esse limite. Quanto menor o tempo médio alcançado, melhor o desempenho assistencial e maior a efetividade no processo diagnóstico.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações.

Referência:BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005. Regulamento técnico para funcionamento de laboratórios clínicos. Brasília: ANVISA, 2005.

3.5. PERCENTUAL DE EXAMES DIAGNÓSTICOS REALIZADOS EM ATÉ 30 DIAS APÓS A SOLICITAÇÃO

Nome	Percentual de Exames Diagnósticos Realizados em até 30 Dias Após a Solicitação
Conceituação	O Percentual de exames diagnósticos realizados em até 30 dias após a solicitação corresponde à proporção de exames diagnósticos solicitados no âmbito da atenção ambulatorial da unidade que são efetivamente realizados dentro do prazo máximo de 30 dias corridos, contados a partir da data de registro da solicitação até a data de realização do exame. O Percentual de exames diagnósticos realizados em até 30 dias após a solicitação é um indicador fundamental para avaliar a oportunidade de acesso aos serviços de apoio diagnóstico no âmbito da atenção ambulatorial, uma vez que reflete a capacidade da unidade em atender às demandas assistenciais dentro de prazos adequados. A realização tempestiva dos exames contribui diretamente para a agilidade do processo diagnóstico, permitindo que as decisões clínicas sejam tomadas em tempo oportuno e reduzindo atrasos no início ou no ajuste dos tratamentos.
Importância	Além disso, esse indicador possibilita a identificação de gargalos nos fluxos de agendamento, autorização e execução dos exames, subsidiando a adoção de medidas corretivas e o aprimoramento da gestão da oferta e da capacidade instalada. Do ponto de vista do usuário, a redução do tempo de espera favorece a continuidade do cuidado, diminui a necessidade de retornos desnecessários e impacta positivamente a satisfação com os serviços prestados. No âmbito da gestão e do monitoramento contratual, o indicador constitui uma ferramenta relevante para o acompanhamento do desempenho assistencial, promovendo maior eficiência, equidade no acesso e qualidade da atenção em saúde.
Meta	≥ 90% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias, no período de apuração.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x 100

Numerador: Número de exames diagnósticos elegíveis realizados em até 30 dias corridos após a solicitação, no período de apuração.

Critérios de Inclusão:

- Exames diagnósticos ambulatoriais solicitados no período de apuração;
- Exames realizados em até 30 dias corridos após a solicitação;
- Exames com registro válido da data de solicitação e da data de realização;
- Exames realizados pela unidade ou por serviços contratados vinculados;
- Exames previstos no escopo assistencial do contrato de gestão.

Critérios de Exclusão:

- Exames realizados após o prazo de 30 dias corridos contados da data da solicitação;
- Exames cancelados ou inconclusivos por falha técnica;
- Exames adiados por indicação clínica devidamente justificada;
- Exames cuja realização tenha sido programada para período próximo ao retorno ambulatorial agendado para data superior a 30 (vinte) dias, conforme justificativa registrada pelo profissional solicitante no prontuário ou sistema de regulação.

Denominador: Total de exames diagnósticos ambulatoriais solicitados no período de apuração, elegíveis à realização.

Critérios de Inclusão:

- Exames solicitados no período de apuração;
- Solicitações registradas em sistema oficial de informação ambulatorial;
- Exames passíveis de realização no âmbito da unidade ou da rede contratada.

Critérios de Exclusão:

- Exames cancelados antes da data agendada;
- Exames inviabilizados por intercorrência clínica devidamente registrada;
- Exames de urgência/emergência fora do escopo ambulatorial;
- Exames não realizados por não comparecimento do paciente (faltosos), devidamente registrados.

Observação:

- Para fins de apuração do indicador, o prazo de 30 dias corridos será contado a partir da data de registro da solicitação do exame no sistema de informação ambulatorial até a data de realização do exame. Serão considerados exclusivamente os exames enquadrados no escopo assistencial definido no contrato de gestão, realizados no âmbito da atenção ambulatorial da unidade ou por serviços contratados. Os exames não realizados por não comparecimento do paciente deverão ser devidamente registrados e excluídos do denominador, sendo monitorados separadamente para fins de gestão.
- Os exames excluídos do denominador por não comparecimento do paciente deverão ser registrados e monitorados separadamente, para fins de análise gerencial e melhoria dos processos de comunicação e agendamento.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações.

Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.

SEGURANÇA DO PACIENTE

3.6. CONFORMIDADE COM O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

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 na assistência ambulatorial especializada, ao institucionalizar práticas de vigilância, detecção precoce e prevenção de riscos assistenciais nesse nível de atenção. Além disso, promove transparência na gestão dos eventos adversos ambulatoriais, contribuindo para a responsabilização das equipes e para a melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado aos usuários atendidos nos serviços especializados. Também oferece subsídios qualificados para a tomada de decisão de gestores e profissionais, permitindo análises periódicas das falhas, vulnerabilidades e não conformidades identificadas nos processos assistenciais. Cumpre ainda as exigências normativas da Anvisa e da Política Nacional de Segurança do Paciente, sendo essencial para a manutenção da regularidade sanitária de serviços ambulatoriais especializados. Por fim, funciona como instrumento estratégico de monitoramento institucional e contratual, podendo integrar o painel de indicadores dos contratos de gestão, auditorias e avaliações de desempenho da Rede de Atenção à Saúde.
Meta	Envio mensal do relatório.
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.

O Relatório de Segurança do Paciente constitui instrumento essencial para o monitoramento, análise e promoção da melhoria contínua da qualidade e da segurança da assistência prestada aos usuários no âmbito da Atenção Especializada Ambulatorial pela CONTRATADA.

Seu objetivo é fortalecer a cultura de segurança, contribuir para a prevenção de riscos assistenciais e assegurar transparência, conformidade e responsabilização institucional. O relatório deverá contemplar o registro e a análise de eventos adversos, incidentes sem dano e quase falhas ocorridos no âmbito ambulatorial, bem como as ações corretivas e preventivas adotadas pela instituição.

A avaliação de conformidade considerará o envio tempestivo das informações, além da completude, consistência e qualidade técnica dos dados apresentados. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 529/2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), estabelecendo protocolos básicos de segurança alinhados às diretrizes da Organização Mundial da Saúde, aplicáveis aos serviços de saúde, inclusive à Atenção Especializada Ambulatorial.

Definição Dentre os protocolos previstos, destacam-se: higiene das mãos; cirurgia segura, quando aplicável; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação correta dos pacientes; prevenção de quedas. Tais protocolos constituem instrumentos fundamentais para a consolidação de práticas assistenciais seguras e integram, obrigatoriamente, os Planos de Segurança do Paciente, conforme disposto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

Observação:

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

Referência:

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.

INTEGRAÇÃO ATENÇÃO ESPECIALIZADA-ATENÇÃO PRIMÁRIA

3.7. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE MATRICIAMENTO PACTUADAS

Nome	Percentual de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas
Conceituação	Indicador que mede a proporção das atividades de matriciamento pactuadas entre a UPAE e a Atenção Primária à Saúde (APS) que foram efetivamente executadas no período de apuração, conforme planejamento previamente estabelecido e com registro documental válido. Esse indicador avalia o grau de cumprimento das ações técnico-pedagógicas destinadas ao fortalecimento da capacidade resolutiva da APS e à integração da Rede de Atenção à Saúde. O indicador fundamenta-se nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde – PNAES, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.604/2023, e nos princípios da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que preconizam a articulação entre os níveis de atenção e o apoio matricial como estratégia de qualificação do cuidado.
Importância	O indicador reside no seu papel como instrumento de monitoramento do cumprimento das ações de matriciamento previamente acordadas pela UPAE com a Atenção Primária à Saúde, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Por meio desse indicador, torna-se possível acompanhar de forma objetiva a aderência da unidade ao planejamento assistencial e às pactuações estabelecidas nos instrumentos contratuais, garantindo maior previsibilidade, organização e rastreabilidade das ações desenvolvidas. Além disso, o indicador subsidia os processos de avaliação e acompanhamento da gestão por parte da Secretaria Estadual de Saúde, contribuindo para a verificação do desempenho institucional, para a tomada de decisão gerencial e para eventuais ajustes ou repactuações de metas, sem adentrar na avaliação qualitativa das ações executadas.
Meta	≥ 90% de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas no período de apuração.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x 100 Numerador: Número de atividades de matriciamento pactuadas que foram executadas no período de apuração, com registro documental válido e verificável. Critérios de Inclusão: - Atividade prevista em plano, cronograma ou instrumento formal de pactuação entre UPAE e APS; - Atividade integralmente executada dentro do período de apuração; - Existência de registro documental válido e auditável; - Comprovação da participação de profissionais da APS; - Condução, coordenação ou apoio técnico da UPAE, conforme pactuação. Critérios de Exclusão - Atividades não pactuadas; - Atividades executadas fora do período de apuração; - Atividades sem registro documental válido; - Atividades sem participação da APS; - Atividades realizadas sem envolvimento da UPAE, quando este for previsto. Denominador: Número total de atividades de matriciamento pactuadas entre a UPAE e a Atenção Primária à Saúde para o período de apuração. Critérios de Inclusão:

- Atividades formalmente pactuadas em instrumento institucional válido;
- Atividades previstas para execução no período de apuração.

Critérios de Exclusão:

- Atividades não pactuadas formalmente;
- Atividades pactuadas para período diverso do avaliado.

Observação:

- Registro formal e verificável
A atividade deve possuir registro documental válido, passível de auditoria, tais como: ata de reunião, relatório técnico, registros fotográficos, lista de presença, registro em sistema oficial ou outro instrumento formalmente definido.

Matriciamento: O matriciamento é uma estratégia técnico-pedagógica de apoio institucional, cujo foco principal é o fortalecimento da capacidade resolutiva da APS por meio da troca de saberes, construção compartilhada de condutas e qualificação das práticas assistenciais.

- o foco está na equipe da APS, e não em um paciente isolado;
- o objetivo é qualificar processos de trabalho, fluxos, protocolos e abordagens clínicas;
- as ações são planejadas, pactuadas e periódicas;
- a relação entre UP AE e APS é horizontal, baseada na cooperação técnica.

Exemplos típicos de matriciamento incluem:

- discussão coletiva de casos clínicos com fins pedagógicos;
- capacitações temáticas;
- oficinas e rodas de conversa;
- apoio técnico para implantação de protocolos;
- alinhamento de fluxos assistenciais.

Observação: O matriciamento não se confunde com atendimento assistencial direto, tampouco com acompanhamento individualizado de pacientes. Principais Diferenças entre Matriciamento e Supervisão do Cuidado

Definição	Matriciamento	Supervisão do Cuidado
Foco principal	Equipes e processos da APS	Paciente ou PTS
Natureza	Técnico-pedagógica	Assistencial
Objetivo	Qualificar a APS e ampliar resolutividade	Garantir qualidade e segurança do cuidado
Planejamento	Pactuado e periódico	Conforme necessidade clínica
Abrangência	Coletiva	Individual ou por pequenos grupos
Produto esperado	Melhoria de fluxos, protocolos e práticas	Ajuste e acompanhamento do cuidado

Exemplos de Atividades de Matriciamento Aceitas pela Comissão Técnica de Avaliação Interna dos Contratos de Gestão - CTAI: A seguir, apresentam-se exemplos práticos de atividades que, quando previamente pactuadas, executadas no período e devidamente registradas, devem ser aceitas pela Comissão da CTAI:

- Discussão clínica de casos complexos: Reuniões entre profissionais da UP AE e equipes da APS para discussão conjunta de casos encaminhados ou acompanhados, com definição compartilhada de condutas e fluxos de acompanhamento.
- Capacitações temáticas para a APS: Encontros presenciais ou remotos conduzidos pela UP AE sobre temas relacionados às especialidades ofertadas, como manejo clínico, critérios de encaminhamento, acompanhamento pós-alta ou uso de protocolos assistenciais.
- Alinhamento e revisão de fluxos assistenciais: reuniões técnicas destinadas à construção, revisão ou esclarecimento de fluxos de referência e contrarreferência entre a APS e a UP AE.
- Apoio técnico na implementação de protocolos: Atividades de orientação e acompanhamento da APS para implantação ou atualização de protocolos clínicos, linhas de cuidado ou diretrizes assistenciais pactuadas.
- Oficinas ou rodas de conversa multiprofissionais: Espaços de troca de experiências e construção coletiva de estratégias de cuidado, envolvendo profissionais da UP AE e da APS.
- Ações de educação permanente em saúde: Atividades educativas continuadas, relacionadas ao escopo da atenção especializada, que contribuam para o fortalecimento da capacidade resolutiva da APS.

Atividades que Não Caracterizam Matriciamento: Para fins de clareza, não são consideradas atividades de matriciamento, e portanto não devem ser computadas, ações como:

- atendimentos individuais ou consultas especializadas isoladas;
- encaminhamentos assistenciais sem ação técnico-pedagógica associada;
- contatos informais sem registro documental;
- atividades não pactuadas previamente;
- ações realizadas sem participação da APS ou sem envolvimento da UP AE.

Registro e Comprovação das Atividades: Para fins de monitoramento, avaliação e auditoria pela CTAI, todas as atividades de matriciamento devem possuir registro documental formal, completo e verificável, garantindo rastreabilidade da ação. São considerados registros válidos, entre outros:

- ata de reunião com data, local, participantes e pauta discutida;
- relatório técnico descrevendo objetivos, atividades desenvolvidas e encaminhamentos;
- lista de presença assinada ou registrada eletronicamente;
- registros em sistemas oficiais ou plataformas institucionais;
- registros fotográficos da atividade, quando aplicável.

Observação:

- Com vistas a fortalecer o planejamento e o acompanhamento das ações pactuadas, a Contratada, por meio da UP AE, deverá encaminhar à CT AI, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, a relação nominal das atividades previstas para execução no mês subsequente. O envio prévio tem caráter informativo e organizacional, não substituindo a posterior comprovação da execução das atividades, conforme os critérios estabelecidos nos instrumentos contratuais.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações.

Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 20 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES).

3.8. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE SUPERVISÃO DO CUIDADO

Nome	Percentual de Execução das atividades de Supervisão do Cuidado
Conceituação	Indicador que mede o percentual das atividades de supervisão do cuidado pactuadas que foram efetivamente executadas no período de apuração, conforme planejamento previamente estabelecido entre a UP AE e a Rede de Atenção à Saúde. O indicador avalia a capacidade operacional da unidade em realizar as ações programadas de supervisão do cuidado junto à Atenção Primária à Saúde (APS), visando o fortalecimento da integração assistencial entre a Atenção Especializada Ambulatorial (AAE) e a APS.
Importância	O Percentual de Execução das Atividades de Supervisão do Cuidado é um indicador relevante para monitorar a implementação das diretrizes da Rede de Atenção à Saúde, especialmente no que se refere à integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada. A supervisão do cuidado constitui ação estruturante prevista nas normativas da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e da Atenção Primária à Saúde (APS), voltada ao acompanhamento técnico dos processos assistenciais, análise dos fluxos de cuidado, verificação da organização assistencial e orientação sobre protocolos clínicos e operacionais. Diferentemente do matriciamento, que possui caráter predominantemente pedagógico, educacional e colaborativo, a supervisão do cuidado apresenta natureza avaliativa e orientadora, focada na análise da execução do cuidado prestado pelas UBS, identificação de fragilidades assistenciais e proposição de ajustes imediatos nos processos e fluxos da rede. Esse indicador permite verificar a regularidade da execução das supervisões pactuadas, fortalecendo o monitoramento das ações integradas da rede e contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial, da continuidade do cuidado e da segurança do paciente.
Meta	≥ 90% de Execução das Atividades de Qualificação da Supervisão do Cuidado Pactuadas.
Método de Cálculo	Numerador/denominador x 100 (Número de atividades de supervisão do cuidado executadas no período ÷ Número total de atividades de supervisão do cuidado pactuadas para o período) x 100 Numerador - Número de atividades de supervisão do cuidado pactuadas que foram efetivamente executadas no período de avaliação. Critérios de Inclusão: • Foram realizadas dentro do período de apuração; • Estavam previstas no planejamento institucional da UP AE; • Possuem registro documental comprobatório da execução; • Possuem relatório técnico ou checklist de supervisão preenchido; • Possuem identificação da UBS acompanhada e dos profissionais participantes; • Foram realizadas por profissional habilitado da equipe da CONTRATADA. Critérios de Exclusão - Serão excluídas do numerador as ações de supervisão do cuidado pactuadas que apresentem pelo menos uma das seguintes situações: • Não foram realizadas no período avaliado; • Foram canceladas sem reprogramação; • Foram executadas parcialmente ou interrompidas; • Não possuem documentação comprobatória mínima; • Foram realizadas por profissional sem competência técnica definida pela CONTRATADA; • Possuem relatório não encaminhado dentro do prazo estabelecido; • Correspondem exclusivamente a atividades administrativas sem componente assistencial. Denominador: Número total de ações de supervisão do cuidado pactuadas para o período de avaliação. Critérios de Inclusão: Serão consideradas no denominador as atividades que: • Estão previstas no planejamento mensal da UP AE; • Foram oficialmente programadas pela coordenação da unidade;

- Estão relacionadas à abrangência assistencial pactuada;
- Possuem registro formal de programação institucional.

Critérios de Exclusão:

- Supervisões solicitadas pela UBS de forma extraordinária (não previstas).
- Atividades de matriciamento (outro indicador).
- Reuniões administrativas sem componente assistencial;
- Visitas técnicas que não têm foco na supervisão do cuidado (ex.: inspeção predial, TI, almoxarifado).
- Supervisões canceladas por motivos não atribuíveis à UP AE, como:
 - ausência da equipe da UBS;
 - indisponibilidade do gestor municipal;
 - fechamento emergencial da UBS;
 - situações epidemiológicas que inviabilizam a visita.

Definição

O que é Supervisão do Cuidado? A supervisão do cuidado é um processo mais direto, sistemático e voltado à análise da execução das práticas assistenciais realizadas pela UBS. Diferente do matriciamento, aqui a equipe especializada avalia como o cuidado está sendo realizado e orienta ajustes necessários. Características principais:

- Avaliação das ações de saúde executadas pela UBS;
- Verificação de aderência a protocolos, rotinas e diretrizes clínicas;
- Identificação de falhas ou fragilidades na execução do cuidado;
- Orientação técnica para correções e aprimoramento das práticas;
- Pode incluir visitas in loco, revisão de prontuários e análise de indicadores.
- Objetivo: garantir qualidade, segurança e conformidade do cuidado.

Objetivo:

Garantir qualidade, continuidade, segurança e conformidade do cuidado prestado na Rede de Atenção à Saúde. Observação Técnica: As supervisões do cuidado deverão ser realizadas por profissionais de nível superior vinculados à equipe da CONTRATADA, preferencialmente pelo(a) Coordenador(a) Técnico(a), Enfermeiro(a) Supervisor(a) ou profissionais de referência das linhas de cuidado, quando aplicável.

É vedada a realização das atividades por profissionais sem competência técnica ou formação compatível com a atividade executada. Forma de Avaliação pela CT AI: Para fins de monitoramento, avaliação e auditoria pela CT AI, todas as atividades de supervisão do cuidado devem possuir registro documental formal, completo e verificável, garantindo rastreabilidade da ação. São considerados registros válidos, entre outros:

- Planejamento mensal das supervisões;
- Agenda institucional das atividades;
- Checklist de Supervisão do Cuidado;
- Relatório técnico da visita;
- Plano de ação ou recomendações técnicas;
- Registro de presença contendo nome, município, UBS e profissão dos participantes;
- Evidências documentais complementares, quando aplicável.

A CT AI poderá realizar auditoria documental e/ou verificação in loco das informações apresentadas.

NOTA:

Com vistas a fortalecer o planejamento e o acompanhamento das ações pactuadas, a Contratada, por meio da UP AE, deverá encaminhar à CT AI, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, a relação nominal das atividades previstas para execução no mês subsequente. O envio prévio tem caráter informativo e organizacional, não substituindo a posterior comprovação da execução das atividades, conforme os critérios estabelecidos nos instrumentos contratuais.

Observação:

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

Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 20 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES)

ATENÇÃO AO USUÁRIO

3.9. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Nome	Satisfação do Usuário
Conceituação	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.

Importância	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
Meta	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100 Índice de Satisfação (90%): 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. Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%): a) Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes em consultas ambulatoriais.b) Denominador: Número total de pacientes atendidos em regime ambulatorial Critérios 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.
Definição	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 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.

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			
		 Bom (3 pontos)	 Bom (4 pontos)	 Regular (5 pontos)	 Ruim (6 pontos)
		 Bom (3 pontos)	 Bom (4 pontos)	 Regular (5 pontos)	 Ruim (6 pontos)
Instalações (Sala de Espera, Consultórios, banheiros, etc)					
Limpeza Geral					
Atendimento na Recepção					
Tratamento da Segurança					
Atendimento do Médico					
Atendimento da Enfermagem					
Exames Realizados					
Informações sobre Tratamento a ser seguido					
Para perguntas cuja resposta seja "Não utilize" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos					

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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

3.10. ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS

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

Importância	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutiva e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100 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. Critérios de inclusão (numerador/denominador): - Período de análise compatível: apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual). Critérios de Exclusão (numerador/denominador): - 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; Queixa: 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. Resolução: 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. - 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. - 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). - 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. - 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). - Adoção de Medidas Preventivas (para casos recorrentes ou graves) Para queixas de mesma natureza recorrentes ou de maior gravidade, a CONTRATADA deve apresentar, além da solução específica, medidas preventivas ou melhorias institucionais que evitem a repetição do problema. Referências: BRASIL. Lei estadual nº 16.420, de 2018. [S. l.]: Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, 2018. BRASIL. Taxa de Resolutividade (TR) – Portal de Dados Abertos. Disponível em: https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/taxa-de-resolutividade-tr. Acesso em: 7 jul. 2025.
Definição	

INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA

3.11. QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA

Nome Qualidade da Publicação das Informações de Transparência

Conceituação Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.

Importância O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.

Método de Cálculo Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.

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:

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.].

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. Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência

Definição

UNIDADE:			
OBJETO:	DATA:		
TRIMESTRE:	AVALIADOR:		
MENU	INFORMAÇÃO	SITUAÇÃO:	OBSERVAÇÃO
1. INSTITUCIONAL	1. Nome da OSS de vinculação	Atualizado	
	2. CNPJ da OSS de vinculação	Atualizado	
	3. Apresentação da entidade	Atualizado	
	4. Nome da unidade de saúde	Atualizado	
	5. CNPJ da unidade de saúde	Atualizado	
	6. Endereço	Atualizado	
	7. Telefone	Atualizado	
	8. Horário de atendimento	Atualizado	
2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	1. Regimento Interno	Atualizado	
	2. Organograma	Atualizado	
3. MEMBROS DIRIGENTES	1. Membros do Órgão deliberativo	Atualizado	
	2. Membros do Órgão fiscal	Atualizado	
	3. Membros do Órgão consultivo	Atualizado	
4. COMPETÊNCIAS	1. Legislação	Atualizado	
	2. Matriz de Competências	Atualizado	
5. CONTRATO DE GESTÃO	1. Contrato de Gestão	Atualizado	
	2. Termo Aditivo	Atualizado	
6. DECRETO DE QUALIFICAÇÃO	1. Decreto de qualificação	Atualizado	
	2. Decreto de renovação de filiação	Atualizado	
7. ESTATUTO SOCIAL	1. Estatuto Social	Atualizado	
	2. Atas do Estatuto Social	Atualizado	
8. DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE	1. CNPJ	Atualizado	
	2. Fazenda Pública	Atualizado	
	3. Seguridade Social	Atualizado	
	4. FGTS	Atualizado	
	5. Justiça do Trabalho	Atualizado	
	6. Qualificação Técnica	Atualizado	
	7. Experiência Anterior	Atualizado	
9. RELATÓRIO FINANCEIRO E DE EXECUÇÃO	1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato	Atualizado	
10. DEMONSTRATIVOS FINANCEIROS	1. Demonstrativos Financeiros	Atualizado	
11. RELATÓRIO ASSISTENCIAL	1. Relatório Assistencial	Atualizado	
	2. Relatório Assistencial Anual Consolidado	Atualizado	
12. DEMONSTRAÇÃO DE CONTÁBEIS E PARECERES	1. Demonstrações Contábeis	Atualizado	
	2. Pareceres	Atualizado	
13. REPAROS E RECEBIDOS	1. Repasses recebidos e descontos	Atualizado	
	1. Regulamentos	Atualizado	
	2. Cotações	Atualizado	
14. CONTRATAÇÃO	3. Contratos	Atualizado	
	3.1 Obras	Atualizado	
	3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	3.2 Serviços	Atualizado	
	3.2.1 Contratos - serviços: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	3.3 Aquisição de Bens	Atualizado	
	3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
15. RECURSOS HUMANOS	1. Regulamento para recrutamento de pessoal	Atualizado	
	2. Servidores públicos cedidos	Atualizado	
16. BENS PÚBLICOS	1. Relatório dos bens públicos	Atualizado	
	1. Arrendimento Eletrônico	Atualizado	
17. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - SIC	2. Arrendimento Presencial	Atualizado	
	3. Relatório Estatístico - PNI	Atualizado	

Fundamentação Legal

- Lei Federal nº 12.527/2011;
- Recomendação do Ministério Público Federal - MPF nº 07/2017 - IC nº 1.36.000.000969/2017-79;
- Resoluções do TCE/PE nº 117 de 15/04/2020 e nº 154 de 15/04/2021;
- Lei Estadual nº 15.210/2013

3.12. TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente
Conceituação	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
Importância	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela CONTRATADA está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade estão em conformidade com o proposto no contrato.
Meta	100,0% das ações de Educação Permanente programadas para o período.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100

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. Critérios de inclusão (numerador/denominador):

- Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc.
- Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado.

Critérios de Exclusão (numerador/denominador):

- 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.

Definição

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.

Observações:

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

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Franco TB, Merhy EE. Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124. Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027 - SES-AM.

3.13. TAXA DE ADESAO DAS EQUIPES (ASSISTENCIAIS E ADMINISTRATIVAS) ÀS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome	Taxa de adesão das equipes (assistenciais e administrativas) às ações de educação permanente
Conceituação	Avaliar a adesão e efetividade das ações de educação permanente voltadas às equipes (assistenciais e administrativas), medindo a proporção de profissionais que participaram de cursos de capacitação propostos pela unidade ou órgão gestor. O indicador busca promover o desenvolvimento contínuo dos profissionais, melhoria da qualidade assistencial e conformidade com diretrizes técnicas e normativas.
Importância	Este indicador é fundamental para assegurar a atualização contínua dos profissionais, melhorar os resultados assistenciais, alinhar práticas à legislação vigente e garantir que a equipe atue com segurança, qualidade e base científica. Reflete também o compromisso da OSS com a valorização profissional e a excelência nos serviços prestados.
Meta	Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão do Público Alvo
Método de Cálculo	Numerador / Denominador X 100

Numerador: Número de profissionais da unidade que participaram integralmente do(s) curso(s) proposto(s) durante o período de análise.

Denominador: Número total de profissionais convocados ou previstos para participação nos cursos propostos, conforme planejamento da unidade ou exigência contratual.

CrITÉRIOS de Inclusão (Numerador e Denominador):

- Profissionais com vínculo ativo na unidade no período do curso.
- Cursos obrigatórios ou estratégicos definidos em plano de capacitação da unidade ou órgão gestor.
- Participação integral ou carga horária mínima definida ($\geq 80\%$ de presença).

CrITÉRIOS de Exclusão (Numerador e Denominador):

- Profissionais afastados legalmente (férias, licenças, atestados) durante a realização do curso.
- Cursos não previstos no plano de capacitação vigente ou não validados pelo gestor do contrato.

Definição

Observação 01: A taxa de adesão deverá ser calculada separadamente para as equipes assistencial e administrativa, utilizando a seguinte fórmula:

- Equipe Assistencial: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, demais profissionais de nível superior, técnicos de enfermagem, técnicos em imobilização e demais profissionais de nível técnico.
- Equipe Administrativa: profissionais das áreas de apoio administrativo, faturamento, recepção, manutenção, serviços gerais, segurança patrimonial, entre outros.

Observação 02:

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

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Luiza Mota da Silva**, em 30/06/2026, às 16:11, 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 21:17, 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 **89156235** e o código CRC **1D0A5370**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

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