



20º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 019/2022, COM O OBJETIVO DE PRORROGAR A VIGÊNCIA E IMPLEMENTAR A REPACTUAÇÃO DAS METAS E/OU ATIVIDADES CONTRATADAS, QUE ENTRE SI ESTABELECEM O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE), E A FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÍLVIO MAGALHÃES, NAS CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.

O **ESTADO DE PERNAMBUCO**, através da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, entidade de direito público interno, com sede na Rua Vinte e Quatro de Agosto, nº 211, Santo Amaro, Recife/PE, CEP 50.040-190, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, neste ato representado pela sua titular, Dra. **ZILDA DO REGO CAVALCANTI**, nomeada pelo Ato nº 024, publicado no Diário Oficial do Estado em 02/01/2023, residente e domiciliada nesta cidade do Recife, doravante denominada **CONTRATANTE**, e, do outro lado, a **FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA**, inscrita no CNPJ nº 09.767.633/0004-47, sede na Com. Quilombo dos Palmares, s/nº, Centro, Palmares/PE, CEP: 55.540-000, neste ato representada por **FABÍOLA DE ALENCAR FURTADO**, doravante designada simplesmente **CONTRATADA**, têm justa e acordada a presente celebração, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir pactuadas, bem como pelas disposições da Lei Estadual nº 15.210/2013, estando instruídas com o Parecer Técnico CTAI nº 190/2026 (id. 89729115), da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão; o Parecer de Prorrogação nº 018/2026 (id. 91268208), da Comissão Mista de Avaliação; o Despacho nº 611 (id. 91403945) da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão; e os demais documentos constantes do Processo nº 2300000302.000074/2026-67.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constituem objetos do presente Termo Aditivo:

- a) a **prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 019/2022 por mais 02 (dois) anos**, compreendendo o período de **15/08/2026 a 14/08/2028**;
- b) a **repactuação das metas e dos indicadores**, na forma estabelecida nos Anexos I, II e III deste Termo Aditivo.

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DA REVISÃO DO VALOR FINANCEIRO

2.1. Em decorrência das alterações previstas na Cláusula Primeira, o valor mensal a ser repassado à **CONTRATADA** permanece fixado em **R\$ 5.720.266,31 (cinco milhões, setecentos e vinte mil duzentos e sessenta e seis reais e trinta e um centavos)**, conforme Despacho nº 388 da Gerência Administrativa Orçamentária dos Contratos de Gestão (id. 91421051), mantidas as demais condições de pagamento previstas no contrato original e em seus anexos.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA AFERIÇÃO DOS INDICADORES E PERÍODO DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO

3.1. Para fins de avaliação dos Indicadores Qualitativos que compõem o Índice Global de Qualidade (IGQ), fica estabelecido que seus efeitos operacionais e de cobrança terão início em **1º de setembro de 2026**, conforme parâmetros do Despacho nº 641 (id. 91638428), exarado pela Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão, servindo o período anterior como transição e adaptação da unidade.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DA NOTA DE EMPENHO

4.1. Os recursos necessários ao atendimento das despesas decorrentes deste instrumento no presente exercício financeiro têm como fonte o Tesouro Estadual e correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias e notas de empenho (id. 82940849, 82941318, 82941327 e 84026722):

Fonte: 0500000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1008

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE004020, de 02/02/2026

Valor da Nota de Empenho: R\$ 10.290.575,51

Fonte: 0600000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1008

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE004021, de 02/02/2026

Valor da Nota de Empenho R\$ 3.822.177,86

Fonte: 0500000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1008

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE004022, de 02/02/2026

Valor da Nota de Empenho R\$ 378.587,95

Fonte: 0600000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1008

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE005697, de 02/02/2026

Valor da Nota de Empenho: R\$ 3.017.508,84

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

CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

6.1. 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 SÉTIMA – DO FORO

7.1. 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

FABÍOLA DE ALENCAR FURTADO
FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA
CONTRATADA

ANEXO TÉCNICO I DO CONTRATO
DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

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

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

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

2.1. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

3. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÍLVIO MAGALHÃES deverá apresentar um volume de atividade anual, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos nas seguintes áreas:

3.1. SAÍDAS HOSPITALARES

TABELA 01: Atividade Mensal - Saídas Hospitalares

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SAÍDAS HOSPITALARES													
INTERNAMENTO	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de saídas hospitalares	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	9.000

3.2. CONSULTAS AMBULATORIAIS MÉDICAS

TABELA 02: Atividade Mensal - Atendimento no Ambulatório Médico

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – AMBULATÓRIO MÉDICO													
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	14.400

3.3. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

TABELA 03: Atividade Mensal – Número de atendimentos Urgência/Emergência

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA													
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	120.000

3.4. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS

TABELA 04: Atividade Mensal – Procedimentos Odontológicos Realizados

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – AMBULATÓRIO MÉDICO													
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Procedimentos Odontológicos Realizados	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720	8.640

3.5. CIRURGIAS REALIZADAS

TABELA 05: Atividade Mensal - Cirurgias Realizadas

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – CIRURGIAS REALIZADAS													
CIRURGIAS	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Eletiva	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200
Urgência e Emergência	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	1.920
TOTAL	260	260	260	260	260	260	260	260	260	260	260	260	3.120

3.6. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

TABELA 06: Atividade Mensal – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)		
PROCEDIMENTOS	Mês de Referência	TOTAL

	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Hemodiálise	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	1.020
Tomografia	491	491	491	491	491	491	491	491	491	491	491	491	5.892
Ultrassonografia	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	492
Análises Clínicas	19.291	19.291	19.291	19.291	19.291	19.291	19.291	19.291	19.291	19.291	19.291	19.291	231.492
Anatomopatológico	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	384
Diagnose	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306	3.672
Radiodiagnóstico	1.539	1.539	1.539	1.539	1.539	1.539	1.539	1.539	1.539	1.539	1.539	1.539	18.468

3.7. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD

TABELA 07: Atividade Mensal – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SAD													
SAD	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
EMAD	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720
EMAP	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720

Observação 01: Nos serviços cuja demanda é regulada, na hipótese de impossibilidade de cumprimento das metas estipuladas por parte da CONTRATADA, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda suficiente para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

4. AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

Para a avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e qualitativos que estarão diretamente ligados ao pagamento da parte variável do contrato (30% do valor global do contrato), o HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÍLVIO MAGALHÃES atingir mensalmente as metas definidas para os seguintes indicadores:

Quantitativos: Número de saídas hospitalares; Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial; Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem; Números de Procedimentos Odontológicos realizados; Número de cirurgias realizadas.

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

Qualitativos da Assistência à Saúde: Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes (verde, amarelo e vermelho); Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta; Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto/ UTI pediátrica; Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto/UTI pediátrica; Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto/UTI pediátrica; Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea; Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden); Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia; Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA; Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Protocolo de Dor Torácica:** Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica. **Protocolo de Sepsis:** Tempo médio entre reconhecimento clínico e administração do primeiro antibiótico em pacientes no protocolo de Sepsis. **Assistência Perinatal Hospitalar:** Taxa de cobertura da testagem para sífilis (teste rápido) na admissão de gestantes na maternidade; Taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes na maternidade; Percentual de gestantes com sífilis diagnosticada no parto que iniciaram tratamento, junto com o recém-nascido, durante a internação hospitalar; Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada; Proporção de episiotomias realizadas com registro de justificativa clínica documentada; Proporção de recém-nascidos elegíveis vacinados com 1ª dose de vacina contra hepatite B; Proporção de recém-nascidos elegíveis vacinados com a vacina BCG. **Eficiência da Gestão Hospitalar:** Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente. **Vigilância do Óbito:** Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h); Proporção de óbitos maternos investigados; Proporção de óbitos fetais analisados. **Atenção ao Usuário:** Satisfação do usuário; Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. **Transparência:** Qualidade da publicação das informações de transparência. **Educação Permanente:** Taxa de execução do Plano de Educação Permanente.

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

4.1 META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS)

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

Quadro 01 - Produção Assistencial – Dados Quantitativos:

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META
Produção	Número de saídas hospitalares	750
	Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	1.200
	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	10.000
	Número de procedimentos odontológicos realizados	720
	Número de cirurgias realizadas	260

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

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	INDICADOR	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Qualidade da assistência à saúde	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes verdes.	≤ 120 min	Pontuação: 3	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3	54
		> 120 min ≤ 180 min	Pontuação: 2			
		> 180 min ≤ 240 min	Pontuação: 1			
		> 240 min	Pontuação: 0			
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes amarelos.	≤ 60 min	Pontuação: 4	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4	
		> 60 ≤ 120 min	Pontuação: 2			
		> 120 ≤ 180 min	Pontuação: 1			
		> 180 min	Pontuação: 0			
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes vermelhos.	≤ 5 min	Pontuação: 5	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	
		> 5 min ≤ 6 min	Pontuação: 3			
		> 6 min ≤ 10 min	Pontuação: 2			
		> 10 min	Pontuação: 0			
	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	≤ 4,7	Pontuação: 3	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	
		>4,7 e ≤ 12,6	Pontuação: 1			
		> 12,6	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica.	≤ 2,7	Pontuação: 3	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	
		> 2,7 e ≤ 5,1	Pontuação: 1			
		> 5,1	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	≤ 7,1	Pontuação: 3	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	
		7,1 > e ≤ 12,3	Pontuação: 1			
		> 12,3	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica.	≤ 10,0	Pontuação: 2	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	
		> 10,0 e ≤ 17,2	Pontuação: 1			
		> 17,2	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	≤ 13,8	Pontuação: 3	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	
		3,8 > e ≤ 25,1	Pontuação: 1			
		>25,1	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica.	≤ 6,1	Pontuação: 3	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	
		> 6,1 e ≤ 8,6	Pontuação: 1			
		> 8,6	Pontuação: 0			
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea.	≤ 1,7%	Pontuação: 3	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3	
		> 1,7% e ≤ 3,5%	Pontuação: 1			
		> 3,5%	Pontuação: 0			
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	2	
		A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.			1	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia.	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	2	

	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	até 0,1%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2.	até 5 ,4%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3.	até 17,8%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	2	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4.	até 65,4%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	1	
	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	Envio do relatório de segurança do paciente.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	2	
PROTOCOLO DEDOR TORÁCICA	Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica	≤ 10 min	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	3
PROTOCOLO DE SEPSE	Tempo médio entre reconhecimento clínico e administração do primeiro antibiótico em pacientes no protocolo de Sepses.	≤ 60 min	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	3
Assistência Perinatal Hospitalar	Taxa de cobertura da testagem para sífilis (teste rápido) na admissão de gestantes na maternidade.	Atingir 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	2	17
	Taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes na maternidade.	Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	2	
	Percentual de gestantes com sífilis diagnosticada no parto que iniciaram tratamento, junto com o recém-nascido, durante a internação hospitalar.	Alcançar 100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento iniciado durante o internamento hospitalar.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3	
	Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada.	Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentalizados.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	2	
	Proporção de episiotomias realizadas com justificativa clínica registrada.	Assegurar justificativa clínica documentada em 100% das episiotomias realizadas.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	2	
	Proporção de recém-nascidos elegíveis vacinados com 1ª dose de vacina contra hepatite B.	Garantir que 100% dos recém-nascidos elegíveis para vacinação sejam vacinados no prazo máximo de 24 horas após o nascimento.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
	Proporção de recém-nascido elegíveis vacinados com a vacina BCG.	Atingir 100% dos recém-nascidos elegíveis vacinados com a vacina BCG.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
Eficiência da Gestão Hospitalar	Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente.	Envio da Informação.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4	4
Vigilânciado Óbito	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h).	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais.	Pontuação:2	2	6
		Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais.	Pontuação:1		
		Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais.	Pontuação:0		
	Proporção de óbitos maternos investigados.	Investigar 100% dos óbitos maternos.	Pontuação:2	2	
		Investigar menos que 100% dos óbitos maternos.	Pontuação:0		
	Proporção de óbitos fetais analisados.	Analisar 100% dos óbitos fetais.	Pontuação:2	2	
Analisar menos que 100% dos óbitos fetais.		Pontuação:0			
Atençãooao Usuário	Satisfação do usuário.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%.	Pontuação: 3	3	
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%.	Pontuação:2		

		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%.	Pontuação:1			6
		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 recebidas.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3	
Transparência	Qualidade da publicação das informações de transparência.	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:4	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE	4	4
		Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:3			
		Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:2			
		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.	90,0% a 100% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação:3	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	3
		80,0% a 89,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação:2			
		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			
TOTAL						100

Observação 2: No que diz respeito ao Índice Global de Qualidade, o primeiro trimestre será monitorado e avaliado. No entanto, os resultados obtidos nesse período não serão objeto de apontamento de descontos, uma vez que esse intervalo é destinado à implantação das metodologias de análise dos indicadores.

Quadro 03 - Indicadores Quantitativos de Acompanhamento - Sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO		
TIPO	INDICADOR	META
Produção	Número de procedimentos de SADT por tipo.	Envio da Informação
	Número de partos realizados: vaginais e cesáreos.	Envio da Informação
	Número de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico.	Envio da Informação
	Serviço de Atenção Domiciliar - SAD	60 pacientes por equipe (EMAD/EMAP)

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

5. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

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

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

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

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

5.3. Relatório de Custos;

5.4. Censo de origem dos pacientes atendidos;

5.5. Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;

5.6. Outras, a serem definidas pela CONTRATANTE.

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

5.8. Na hipótese de a CONTRATADA não atingir, em determinado trimestre, o mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) das metas pactuadas no contrato de gestão, esta será notificada para que nos dois trimestres subsequentes, adstritos ao ano orçamentário, promova a respectiva compensação mediante produção excedente, conforme disposto no Art. 15-A da Lei 15.210/13 e no Art. 37. do Decreto Estadual 58.200/2025.

ANEXO TÉCNICO II DO CONTRATO

SISTEMA DE PAGAMENTO

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

1. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REPASSADOS:

1.1. A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em 4 (quatro) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

(X) Internamento

(X) Atendimento de Urgências e Emergências

(X) Atendimento Ambulatorial

(X) Cirurgias Eletivas e de Urgência

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

1.2. O montante anual do orçamento econômico-financeiro destinado ao custeio com as Despesas Operacionais e Administração Central do Contrato de Gestão é de **R\$ 68.643.195,72 (sessenta e oito milhões, seiscentos e quarenta e três mil, cento e noventa e cinco reais e setenta e dois centavos)**, sendo mensal de **R\$5.720.266,31 (cinco milhões, setecentos e vinte mil, duzentos e sessenta e seis reais e trinta e um centavos)**, incluindo os recursos com administração central.

1.3. O montante anual do orçamento econômico-financeiro das Despesas Operacionais do HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÍLVIO MAGALHÃES para o exercício de 2026/2027 é de **R\$ 66.849.884,40 (sessenta e seis milhões, oitocentos e quarenta e nove mil, oitocentos e oitenta e quatro reais e quarenta centavos)**, sendo mensal de **R\$5.570.823,70 (cinco milhões, quinhentos e setenta mil, oitocentos e vinte e três reais e setenta centavos)** e corresponde a sua modalidade de atividade assistencial.

1.4. Os recursos correspondentes à Administração Central no valor mensal de **R\$ 149.442,61 (cento e quarenta e nove mil, quatrocentos e quarenta e dois reais e sessenta e um centavos)** será repassado à Organização Social de Saúde, desde que se enquadre nos requisitos da PORTARIA SES no 101, de 14 de fevereiro de 2022, que revogou a Portaria SES 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.

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

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

1.6.1. **70%** (setenta por cento) do valor mencionado no item 1.3. acima, ou seja, **R\$ 46.794.919,08 (quarenta e seis milhões, setecentos e noventa e quatro mil, novecentos e dezenove reais e oito centavos)** será repassado em 12 (doze) parcelas mensais no valor de **R\$ 3.899.576,59 (três milhões, oitocentos e noventa e nove mil, quinhentos e setenta e seis reais e cinquenta e nove centavos)**.

1.6.2. **20%** (vinte por cento) do valor mencionado no item 1.3. acima, ou seja, **R\$ 13.369.976,88 (treze milhões, trezentos e sessenta e nove mil, novecentos e setenta e seis reais e oitenta e oito centavos)** serão repassados em 12 (doze) parcelas mensais, de até **R\$1.114.164,74 (um milhão, cento e quatorze mil, cento e sessenta e quatro reais e setenta e quatro centavos)** junto a parcela fixa, sendo esse valor vinculado à avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.6.3. **10%** (dez por cento) do valor mencionado no item 1.3. acima, ou seja, **R\$ 6.684.988,44 (seis milhões, seiscentos e oitenta e quatro mil, novecentos e oitenta e oito reais e quarenta e quatro centavos)** será repassado em 12 (doze) parcelas mensais de até **R\$ 557.082,37 (quinhentos e cinquenta e sete mil, oitenta e dois reais e trinta e sete centavos)**, junto a parcela fixa, sendo esse valor vinculado à avaliação dos indicadores qualitativos e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

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

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

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

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

- 1.11. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistemas de Informações Hospitalares (SIH), de acordo com os prazos estabelecidos pela CONTRATANTE.
- 1.12. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas pela CONTRATADA através do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais ou outra solução determinada pela SES/PE, de acordo com as normas e prazos estabelecidos pela SES/PE.
- 1.13. A CONTRATANTE procederá à análise dos dados enviados pela CONTRATADA para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula Sétima do Contrato de Gestão.
- 1.14. A cada período de 03 (três) meses, a CONTRATANTE procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade e produção que condicionam o valor do pagamento do valor variável. Os indicadores são avaliados mensalmente, mas consolidados e analisados trimestralmente para fins de alcance de metas e possíveis ajustes financeiros.
- 1.15. A CONTRATANTE procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA, verificando e avaliando mensalmente as diferenças (a maior ou menor) ocorridas em relação às quantidades estabelecidas no Anexo Técnico I.
- 1.16. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação do volume de atividades assistenciais ora estabelecidas, e quando necessário seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste trimestral do Contrato de Gestão.
- 1.17. A pactuação de serviços contratualizados neste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam e especificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.
- 1.18. Além das atividades de rotina, o HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÍLVIO MAGALHÃES 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

1. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

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

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

TABELA 01: Proporção dos indicadores e despesas especificadas:

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR
Número de saídas hospitalares	Acima do volume contratado	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 consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,5% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número de atendimentos de urgência e emergência realizado por profissional médico e de enfermagem	Acima do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Procedimentos Odontológicos Realizados	Acima do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	1,5% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número de cirurgias de realizadas	Acima do volume contratado	6,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	6,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	3,0% 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

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

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

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

ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO

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

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

A cada ano, quando houver alterações nos indicadores, será elaborado novo manual que estabelecerá todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão. O manual que subsidiará a avaliação do ano de 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%) 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

Quadro 01 - Indicadores Quantitativos Com Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Produção	Número de saídas hospitalares.	Total de saídas hospitalares.	Atingir o quantitativo de 750 saídas hospitalares por mês.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de consultas médicas realizadas.	Total de consultas médicas ambulatoriais	Realizar 1.200 consultas médicas em regime ambulatorial.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem.	Total de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros no serviço de urgência e emergência.	Realizar 10.000 atendimentos de urgência/emergência por mês.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Procedimentos Odontológicos Realizados	Total de procedimentos odontológicos realizados	Realizar 720 procedimentos odontológicos	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de cirurgias realizadas.	Total mensal de cirurgias realizadas.	Realizar 260 cirurgias mensais, informando a produção por especialidade médica responsável pelos procedimentos.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

2.1.1. NÚMERO DE SAÍDAS HOSPITALARES

Nome	Número de Saídas Hospitalares
Conceituação	Número total de internações encerradas no período analisado, independentemente do motivo da saída (alta hospitalar, transferência, óbito, evasão ou alta a pedido), considerando apenas internações formalmente abertas e registradas no sistema de informação hospitalar.
Importância	Número total de internações encerradas no período analisado, independentemente do motivo da saída (alta hospitalar, transferência, óbito, evasão ou alta a pedido), considerando apenas internações formalmente abertas e registradas no sistema de informação hospitalar.
Meta	750 saídas hospitalares por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
Definição	Numerador: Soma das internações encerradas no período. Unidade de medida: número absoluto. Critério de Inclusão - Devem ser contabilizadas todas as internações que tenham sido formalmente encerradas no período de apuração, independentemente do desfecho, incluindo: - Alta hospitalar por melhora clínica; - Alta por cura ou estabilidade; - Óbito; - Transferência para outra unidade hospitalar (interna ou externa); - Alta a pedido; - Evasão; - Encerramentos administrativos devidamente registrados. NOTA: A data considerada para fins de apuração é a data do encerramento da internação (data da saída). Critérios de Exclusão - Não devem ser contabilizados: - Pacientes ainda internados no período analisado; - Atendimentos ambulatoriais; - Atendimentos de urgência/emergência sem internação formal; - Procedimentos em hospital-dia quando não configurarem internação hospitalar conforme normativa vigente; - Movimentações internas de leito que não caracterizem encerramento da internação; - Internações canceladas antes da efetiva admissão do paciente. Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção). Observação: - O indicador de saídas hospitalares avalia o cumprimento da meta contratada, considerando o total de altas, transferências e óbitos registrados no período. Por se tratar de medida de produção absoluta, não possui denominador; contudo, sua análise deve ser realizada em conjunto com indicadores de permanência média e taxa de ocupação, a fim de subsidiar a avaliação da eficiência assistencial.

	- Serão consideradas no cômputo as saídas com permanência inferior a 24 horas, desde que caracterizada internação formal, com ocupação de leito e registro regular de admissão e alta no sistema oficial da unidade. Não serão incluídos atendimentos em regime de observação, hospital-dia ou permanências em unidades de urgência e emergência que não configurem internação formal. Recomenda-se o monitoramento complementar das internações de curta duração, com vistas à identificação de possíveis distorções assistenciais ou inconsistências de registro. - Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 5,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados. - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referências: RASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2026.
--	--

2.1.2. NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS EM REGIME AMBULATORIAL

Nome	Número de Consultas Médicas Realizadas em Regime Ambulatorial
Conceituação	O indicador Número de Consultas Médicas Realizadas em Regime Ambulatorial corresponde ao total de atendimentos médicos realizados a pacientes externos, sem necessidade de internação hospitalar, no período de apuração definido (mensal, trimestral ou anual).
Importância	O Número de Consultas Médicas em Regime Ambulatorial é fundamental para o monitoramento da produção assistencial pactuada nos contratos de gestão, pois reflete a capacidade operacional da unidade em garantir acesso oportuno à atenção especializada. Esse indicador permite avaliar o cumprimento das metas físicas contratualizadas, subsidiar análises de desempenho assistencial e identificar variações na oferta de serviços ao longo do tempo. Além disso, contribui para o planejamento da força de trabalho médica, organização da agenda assistencial e dimensionamento da demanda reprimida. No âmbito da gestão contratual, sua mensuração sistemática favorece a transparência, o acompanhamento da execução física do contrato e a correlação entre produção assistencial e repasse financeiro, sendo um parâmetro essencial para a avaliação de eficiência e regularidade da prestação dos serviços ambulatoriais.
Meta	700 consultas médicas em regime ambulatorial por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
Definição	Numerador: Total de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial no período de referência, devidamente registradas nos sistemas oficiais de informação da unidade. CrITÉRIOS de Inclusão - Devem ser contabilizadas: - Primeiras consultas médicas ambulatoriais; - Consultas de retorno; - Consultas de seguimento; - Interconsultas médicas realizadas no ambulatório; - Consultas eletivas agendadas e efetivamente realizadas; - Atendimentos médicos presenciais realizados em ambulatório hospitalar ou especializado; - Teleconsultas médicas, quando formalmente regulamentadas e pactuadas contratualmente. CrITÉRIOS de Exclusão - Não devem ser contabilizados: - Atendimentos em regime de urgência e emergência; - Atendimentos realizados durante internação hospitalar; - Procedimentos exclusivamente diagnósticos sem consulta médica (ex.: exame de imagem, coleta laboratorial); - Atendimentos multiprofissionais não médicos; - Consultas canceladas; - Faltas de pacientes (absenteísmo); - Encaixes não realizados; - Reavaliações exclusivamente administrativas (ex.: entrega de resultado sem atendimento médico formal). Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção). Observação:

	- O indicador de consultas médicas ambulatoriais avalia o cumprimento da meta contratada, considerando o volume de atendimentos médicos realizados no período. Trata-se de indicador quantitativo de produção assistencial, cuja apuração se dá pela comparação entre a produção mensal registrada e a meta pactuada. - Incluem-se consultas eletivas, de seguimento, primeiras consultas, retornos e interconsultas, desde que devidamente registradas nos sistemas oficiais da unidade. Não são considerados atendimentos de urgência e emergência, procedimentos exclusivamente diagnósticos sem avaliação médica presencial, atendimentos multiprofissionais não médicos, bem como consultas canceladas ou não realizadas. Apenas os atendimentos efetivamente executados e registrados serão validados. - Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 3,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados. - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS: Manual de orientações técnicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
--	---

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

Nome	Número de Atendimentos de Urgência e Emergência Realizados por Profissional Médico e de Enfermagem
Conceituação	O indicador mensura a produção assistencial da unidade hospitalar no âmbito da atenção às urgências e emergências, por meio da quantificação dos atendimentos efetivamente realizados por médicos e enfermeiros, no serviço hospitalar de urgência e emergência, em determinado período de referência. Para fins de apuração, consideram-se atendimentos aqueles prestados aos usuários que acessam o hospital por demanda espontânea, referenciada ou regulada, independentemente da classificação de risco, desde que compatíveis com o perfil assistencial pactuado contratualmente e devidamente registrados nos sistemas oficiais adotados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE). O indicador tem por finalidade mensurar o volume global de atendimentos assistenciais realizados na porta hospitalar de urgência e emergência, subsidiando o monitoramento da produção e da execução contratual.
Importância	Este indicador permite avaliar a capacidade operacional do hospital na absorção da demanda de urgência e emergência, considerando o modelo assistencial multiprofissional adotado. Sua mensuração possibilita analisar fluxo assistencial, sazonalidade da demanda, organização da classificação de risco e adequação da equipe médica e de enfermagem à carga assistencial. No âmbito contratual, constitui instrumento estratégico de avaliação de desempenho, estando vinculado à execução física e financeira do contrato, garantindo transparência e rastreabilidade da produção.
Meta	9.200 atendimentos de urgência/emergência por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
Definição	Numerador: Soma do número de atendimentos realizados por médico e/ou enfermeiro no serviço hospitalar de urgência e emergência, no período de apuração. Critérios de Inclusão: - Atendimentos realizados por médico no serviço de urgência e emergência; - Atendimentos realizados por enfermeiro, incluindo classificação de risco e atendimento assistencial conforme protocolos institucionais; - Atendimentos com posterior alta, observação ou internação; - Atendimentos de demanda espontânea ou regulada; - Atendimentos realizados 24 horas por dia; - Registros devidamente lançados nos sistemas oficiais da unidade. Critérios de Exclusão: - Registros duplicados ou inconsistentes; - Procedimentos isolados sem atendimento assistencial formal; - Atendimentos exclusivamente administrativos; - Atendimentos ambulatoriais eletivos;

	- Registros fora do período de competência. Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção). Observação Técnica Importante - Para evitar dupla contagem, recomenda-se que: - Cada usuário seja contabilizado uma única vez por episódio de atendimento, independentemente de ter sido atendido por enfermeiro e posteriormente por médico. Observação: - O indicador de atendimentos de urgência e emergência por profissionais médicos e de enfermagem avalia o cumprimento da meta contratada. Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 4,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados. - A avaliação do desempenho será realizada mediante comparação entre a produção mensal registrada e a meta pactuada, conforme critérios contratuais vigentes; - Somente serão considerados válidos os atendimentos efetivamente executados e registrados nos sistemas oficiais de informação; - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. REFERÊNCIAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
--	---

2.1.4. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS

Nome	Número de Cirurgias eletivas e de Urgência e Emergência Realizadas
Conceituação	O indicador Procedimentos Odontológicos Realizados corresponde à quantificação dos procedimentos odontológicos executados no âmbito hospitalar da unidade de saúde, em determinado período de referência, conforme escopo assistencial pactuado contratualmente.
Importância	Este indicador é relevante para mensurar a produção assistencial odontológica da unidade hospitalar, permitindo o acompanhamento do volume de procedimentos realizados e a avaliação da capacidade operacional do serviço odontológico ofertado à população. O monitoramento dos Procedimentos Odontológicos Realizados subsidia a gestão e a regulação da oferta de serviços, contribuindo para a análise da adequação da estrutura física, dos recursos humanos, dos equipamentos e dos insumos necessários à execução das atividades odontológicas hospitalares. Além disso, o indicador apoia o acompanhamento da execução contratual e a verificação do cumprimento das metas quantitativas pactuadas. Do ponto de vista assistencial, a análise desse indicador contribui para a garantia do acesso ao cuidado odontológico hospitalar, favorecendo a prevenção de complicações clínicas, o manejo adequado das condições bucais associadas ao tratamento hospitalar e a integralidade da assistência prestada no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.
Meta	Realizar 720 procedimentos odontológicos por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
Definição	Numerador: Número de procedimentos odontológicos realizados no período de apuração. Crítérios de Inclusão: Devem ser incluídos no numerador os procedimentos que atendam cumulativamente aos seguintes critérios: Procedimento odontológico realizado no âmbito hospitalar Procedimentos executados no ambiente hospitalar ou nos serviços odontológicos vinculados à unidade contratualizada. Procedimento realizado por cirurgião-dentista O procedimento deve ter sido executado por profissional legalmente habilitado. Conformidade com o escopo assistencial pactuado O procedimento deve estar previsto no escopo assistencial da unidade, conforme estabelecido no Contrato de Gestão ou instrumentos correlatos. Registro em sistema oficial O procedimento deve estar devidamente registrado nos sistemas oficiais de informação adotados pela SES/PE, contendo identificação do usuário, procedimento realizado, data de execução e profissional responsável. Realização no período de referência O procedimento deve ter sido realizado dentro do período de apuração do indicador. Crítérios de Exclusão: Devem ser excluídos do numerador os procedimentos que se enquadrem em qualquer uma das seguintes situações:

	• Procedimentos fora do escopo contratual Procedimentos não previstos no escopo assistencial pactuado para a unidade. • Procedimentos não realizados por cirurgião-dentista Ações executadas exclusivamente por outros profissionais sem atuação odontológica direta. • Ausência ou inconsistência de registro Procedimentos sem registro nos sistemas oficiais, com informações incompletas, duplicadas ou inconsistentes. • Procedimentos realizados fora do período de apuração Ações executadas fora do período de referência do indicador. Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção). NOTA: Para fins de apuração, consideram-se procedimentos odontológicos realizados aqueles executados por cirurgião-dentista legalmente habilitado, incluindo atendimentos ambulatoriais, hospitalares, de urgência e emergência odontológica, avaliações clínicas, procedimentos preventivos, restauradores, cirúrgicos e demais ações odontológicas previstas no perfil assistencial da unidade, desde que devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação adotados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE). Vinculação Financeira do Indicador - O desempenho deste indicador corresponde a até 2,0% (dois 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 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, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. REFERÊNCIAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
--	--

2.1.5. NÚMERO DE CIRURGIAS ELETIVAS E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REALIZADAS

Nome	Número de Cirurgias eletivas e de Urgência e Emergência Realizadas
Conceituação	O indicador de número de cirurgias eletivas e de urgência e emergência realizadas mensura o volume total de procedimentos cirúrgicos executados pela unidade de saúde em determinado período, abrangendo tanto as cirurgias previamente programadas quanto aquelas realizadas em caráter imediato decorrente de situações clínicas agudas.
Importância	Permite avaliar, de forma estruturada, a produtividade e a capacidade de resposta do serviço cirúrgico diante das demandas eletivas e de urgência e emergência. O indicador contribui para o monitoramento do volume de procedimentos realizados, possibilitando a identificação de desequilíbrios entre oferta e demanda, como acúmulo de cirurgias eletivas ou sobrecarga por atendimentos emergenciais. Além disso, subsidia a análise da utilização de recursos assistenciais, incluindo equipes, salas cirúrgicas e insumos, favorecendo o planejamento operacional e a alocação mais eficiente desses recursos. Também apoia a gestão na identificação de gargalos no fluxo assistencial, na redução de tempos de espera e na implementação de estratégias voltadas à melhoria do acesso, da resolutividade e da qualidade do cuidado prestado.
Meta	A meta para este indicador é realizar 510 cirurgias eletivas e de urgência e emergência realizadas por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
Definição	Numerador: Total de cirurgias realizadas no período de referência, incluindo procedimentos eletivos e de urgência e emergência, devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação da unidade. Crerérios de Inclusão: • Todas as cirurgias eletivas e de urgência/emergência efetivamente realizadas no período de referência; • Procedimentos com início e conclusão em centro cirúrgico ou ambiente devidamente habilitado; • Cirurgias com registro completo nos sistemas oficiais da unidade (mapa cirúrgico, prontuário e sistema de informação); • Procedimentos realizados em pacientes internados ou em regime ambulatorial, desde que caracterizados como ato cirúrgico.

	Crítérios de Exclusão: • Procedimentos cancelados, suspensos ou não realizados; • Procedimentos exclusivamente diagnósticos ou intervencionistas que não se caracterizem como ato cirúrgico; • Atendimentos realizados fora de ambiente cirúrgico sem formalização do procedimento; • Registros incompletos, duplicados ou não validados nos sistemas oficiais; • Pequenos procedimentos ambulatoriais, quando não classificados institucionalmente como cirúrgicos. Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção). Objetivo: Avaliar a capacidade produtiva do serviço cirúrgico, bem como a resposta assistencial às demandas eletivas e emergenciais, considerando exclusivamente os procedimentos efetivamente realizados e devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação. Observação: • O indicador de número de cirurgias realizadas avalia o cumprimento da produção cirúrgica em relação ao volume contratado. Quando o desempenho da unidade atinge entre 85,0% e 100% da meta estabelecida, é assegurado o repasse correspondente a 6,0% do valor global do contrato, refletindo um nível satisfatório de execução assistencial; • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. REFERÊNCIAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
--	---

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

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

Seguem abaixo os indicadores de produção sem valoração financeira:

Quadro 02 - Indicadores Quantitativos - Sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PRODUÇÃO	Número de procedimentos de SADT por tipo.	Total de procedimentos de SADT por tipo realizados.	Apresentar informação sobre os procedimentos de SAD.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Número de partos realizados: vaginais e cesáreos.	Total de partos realizados: vaginais e cesáreos realizados.	Apresentar o quantitativo de partos realizados: vaginais e cesáreos.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Número de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico.	Total de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico realizadas.	Apresentar o quantitativo de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Serviço de Atenção Domiciliar - SAD	Total de pacientes acompanhados no serviço de Atenção Domiciliar.	Apresentar o quantitativo de pacientes acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.

2.2.1 NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE SADT POR TIPO

Nome	Número de Procedimentos de SADT por tipo
Conceituação	O indicador Número de Procedimentos de SADT por Tipo mensura a produção assistencial referente aos procedimentos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) realizados pela unidade de saúde, discriminados conforme sua natureza ou especialidade diagnóstica/terapêutica, em determinado período de referência. Para fins de apuração, consideram-se procedimentos de SADT aqueles exames ou atos terapêuticos complementares solicitados por profissional habilitado, destinados à investigação diagnóstica, monitoramento clínico ou tratamento, tais como exames laboratoriais, exames de imagem, métodos gráficos, endoscopias, exames cardiológicos, entre outros, desde que compatíveis com o perfil assistencial e devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação.

	A expressão “por tipo” refere-se à necessidade de estratificação da produção por categoria de procedimento, conforme classificação pactuada contratualmente (ex.: laboratório, radiologia, tomografia, ultrassonografia, endoscopia, métodos diagnósticos especializados, etc.). Trata-se de indicador quantitativo de produção assistencial, com apuração individualizada por grupo ou tipo de procedimento.
Importância	O indicador é fundamental para o monitoramento da capacidade operacional do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da unidade, permitindo avaliar o volume e a diversidade dos exames e procedimentos ofertados à população. Sua estratificação por tipo possibilita identificar o perfil da demanda assistencial, analisar a utilização dos recursos tecnológicos disponíveis, monitorar a produtividade por área diagnóstica e verificar a adequação da oferta à complexidade do hospital. No âmbito da gestão contratual, o indicador subsidia a verificação do cumprimento das metas físicas pactuadas, contribui para o acompanhamento da execução financeira (especialmente quando há valores diferenciados por grupo de procedimento) e fortalece a transparência na mensuração da produção. Além disso, permite avaliar impactos sobre o fluxo assistencial, tempo de permanência hospitalar, resolutividade clínica e taxa de encaminhamento externo, apoiando decisões estratégicas relacionadas à ampliação, redimensionamento ou qualificação dos serviços diagnósticos. Por fim, constitui instrumento relevante para auditoria, controle e fiscalização da produção assistencial, assegurando aderência ao perfil assistencial contratado e à capacidade instalada da unidade.
Meta	Apresentar informações sobre os procedimentos de SADT
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
Definição	Numerador: Soma do número de procedimentos de SADT realizados no período de apuração, discriminados por tipo, devidamente registrados nos sistemas oficiais da unidade. Critério de Inclusão: • Procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico realizados na unidade; • Exames laboratoriais (análises clínicas, bioquímica, hematologia, microbiologia etc.); • Exames de imagem (radiografia, tomografia, ultrassonografia, ressonância, quando aplicável); • Métodos gráficos (ECG, EEG, MAPA, Holter etc.); • Procedimentos endoscópicos diagnósticos ou terapêuticos; • Procedimentos realizados em pacientes ambulatoriais, de urgência/emergência ou internados; • Procedimentos efetivamente realizados e concluídos; • Registros devidamente lançados e validados no sistema oficial (SIA/SUS, BPA, APAC ou sistema próprio validado pela SES). Critério de Exclusão: • Procedimentos solicitados, mas não realizados; • Exames cancelados ou interrompidos sem conclusão técnica; • Registros duplicados ou inconsistentes; • Procedimentos realizados fora do período de competência; • Procedimentos exclusivamente administrativos (ex.: cadastro, agendamento); • Exames repetidos por erro técnico (quando configurado retrabalho). Nota: Indicador não valorado para fins de repasse financeiro, sendo utilizado exclusivamente para monitoramento da produção de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), por tipo de procedimento. Seu acompanhamento possui caráter gerencial, permitindo a análise do perfil e volume dos exames e procedimentos realizados, subsidiando o planejamento da capacidade instalada, a organização da oferta de serviços e a qualificação do apoio diagnóstico e terapêutico, sem impacto direto no cálculo de metas financeiras contratuais. Observação: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS): Manual Técnico Operacional. Brasília: Ministério da Saúde, versão vigente.

2.2.2 NÚMERO DE PARTOS REALIZADOS: VAGINAIS E CESÁREOS

Nome	Número de Partos Realizados (Vaginal e Cesáreo)
-------------	---

Conceituação	Indicador Número de Partos Realizados (Vaginal e Cesáreo) mensura a produção assistencial obstétrica da unidade hospitalar, por meio da quantificação do total de partos efetivamente realizados no período de apuração, discriminados por via de parto (vaginal e cesariana).
Importância	O indicador é fundamental para o monitoramento da produção obstétrica da unidade hospitalar, permitindo avaliar a capacidade operacional do serviço, o volume de atendimentos realizados e o cumprimento das metas assistenciais pactuadas no Contrato de Gestão. Sua apuração possibilita o acompanhamento do perfil da assistência obstétrica ofertada pela unidade, subsidiando análises relacionadas à proporção entre partos vaginais e cesáreos, indicador estratégico para avaliação da qualidade da atenção materno-infantil e da adesão às boas práticas assistenciais preconizadas pelas políticas públicas de saúde. Além disso, o monitoramento sistemático do número de partos contribui para o planejamento e organização da assistência obstétrica, incluindo o dimensionamento de equipes, a organização do centro obstétrico e centro cirúrgico, a adequação da estrutura física e o gerenciamento de insumos e leitos assistenciais. O indicador também subsidia a análise da demanda regional por serviços obstétricos, apoiando o planejamento da rede de atenção à saúde e a regulação do acesso aos serviços hospitalares. No âmbito contratual, o indicador possui relevância para fins de avaliação de desempenho, monitoramento da execução física do objeto contratado e eventual vinculação financeira ao alcance das metas quantitativas pactuadas. Por fim, constitui importante instrumento de monitoramento, controle e transparência da execução assistencial, permitindo à CONTRATANTE e aos órgãos de controle verificar a efetiva prestação dos serviços obstétricos no âmbito hospitalar.
Meta	Apresentar o quantitativo de partos realizados: vaginais e cesáreos.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção).
Definição	Numerador: Soma do número de partos realizados na unidade hospitalar no período de apuração, discriminados por via de parto (vaginal e cesáreo), devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação. Observação 01: Cada parto corresponde a um evento obstétrico concluído com nascimento, independentemente do número de recém-nascidos (em caso de gestação múltipla, contabiliza-se um parto). CrITÉRIOS de Inclusão - Devem ser contabilizados: • Partos vaginais espontâneos realizados na unidade; • Partos vaginais assistidos (ex.: fórceps ou vácuo-extrator); • Partos cesáreos realizados em centro obstétrico ou centro cirúrgico da unidade; • Partos ocorridos sob responsabilidade da equipe assistencial do hospital; • Partos com registro em prontuário e emissão de Declaração de Nascido Vivo (DNV), quando aplicável; Partos de gestação única ou múltipla (contabilizados como um único parto por gestante); • Partos ocorridos dentro do período de competência analisado; • Registros devidamente lançados no sistema hospitalar e, quando aplicável, no SIH/SUS. CrITÉRIOS de Exclusão - Não devem ser contabilizados: • Abortamentos (espontâneos ou induzidos), quando não caracterizados como parto segundo definição clínica e administrativa vigente; • Procedimentos obstétricos sem nascimento (ex.: curetagem pós-aborto); • Partos ocorridos fora da unidade hospitalar (ex.: parto domiciliar) ainda que haja posterior atendimento hospitalar; • Transferências recebidas apenas para cuidados neonatais após parto ocorrido em outra unidade; • Registros duplicados ou inconsistentes. Definição dos termos: Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal, incluindo parto instrumentalizado (ex.: uso de fórceps). Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno durante o trabalho de parto. NOTA! Para fins de apuração, consideram-se partos realizados aqueles ocorridos na unidade hospitalar, sob responsabilidade da equipe assistencial, independentemente da idade gestacional, desde que haja nascimento com registro assistencial e emissão da respectiva documentação clínica (ex.: prontuário e Declaração de Nascido Vivo – DNV, quando aplicável). Incluem-se tanto os partos vaginais (espontâneos ou assistidos) quanto os partos cesáreos realizados em centro obstétrico ou centro cirúrgico, devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação hospitalar e no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), quando aplicável.

	O indicador possui natureza quantitativa e expressa o volume total de nascimentos assistidos pela unidade, compondo a produção obstétrica contratualmente pactuada. Observação 02: - Indicador não valorado para fins de repasse financeiro, sendo utilizado exclusivamente para monitoramento do número de partos realizados, por via de nascimento (vaginal e cesáreo). Seu acompanhamento tem caráter gerencial, permitindo a análise do perfil obstétrico da unidade, a proporção entre os tipos de parto e a adequação às boas práticas assistenciais, subsidiando o planejamento e a qualificação da atenção materno-infantil, sem impacto direto no cálculo de metas financeiras contratuais. - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: MS. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.
--	--

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

Nome	Número de Consultas Individuais Realizadas por Profissionais de Nível Superior, Exceto Médico.
Conceituação	Este indicador mensura o quantitativo de atendimentos individuais realizados por profissionais de nível superior não médicos, no âmbito da assistência à saúde. Inclui atendimentos prestados por categorias como enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social, fonoaudiologia, terapia ocupacional, entre outras, desde que configurados como consulta individual, com registro formal em prontuário.
Importância	Este indicador é essencial para avaliar a atuação da equipe multiprofissional na assistência à saúde. Ele permite mensurar a produção assistencial dessas categorias, evidenciando sua contribuição no cuidado ao paciente e reforçando a importância de uma abordagem integrada e interdisciplinar. Além disso, contribui para a análise do acesso da população a atendimentos não médicos, auxiliando na redução da sobrecarga sobre os profissionais médicos e na ampliação da resolutividade dos serviços. Também reflete a diversidade de intervenções ofertadas, incluindo ações terapêuticas, preventivas e de reabilitação, impactando positivamente na qualidade do cuidado. Por fim, fornece subsídios técnicos relevantes para o planejamento, gestão e tomada de decisão, especialmente no que se refere ao dimensionamento de equipes, alocação de recursos e pactuação de metas assistenciais.
Meta	Envio da informação
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção).
Definição	Numerador: Total de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos, no período. Critérios de Inclusão: - Todas as consultas individuais efetivamente realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos, no período de referência; - Atendimentos realizados em ambiente assistencial adequado, com início e conclusão do atendimento individual; - Consultas com registro completo nos sistemas oficiais da unidade (prontuário e sistema de informação); - Atendimentos realizados em pacientes em regime ambulatorial ou internados, desde que caracterizados como consulta individual multiprofissional. Critérios de Exclusão: - Consultas coletivas ou atendimentos em grupo; - Atividades exclusivamente administrativas, educativas ou de apoio, sem caráter assistencial individual; - Procedimentos técnicos isolados que não se configurem como consulta; - Atendimentos realizados sem registro formal em prontuário ou sistema oficial; - Registros incompletos, duplicados ou não validados nos sistemas institucionais; - Atendimentos realizados por profissionais que não sejam de nível superior ou que não se enquadrem nas categorias previstas no indicador. NOTA: Indicador não valorado para fins de repasse financeiro, sendo utilizado exclusivamente para monitoramento da produção assistencial e avaliação da atuação da equipe multiprofissional. Seu acompanhamento tem caráter gerencial, subsidiando análises de desempenho, planejamento operacional e qualificação do cuidado, sem impacto direto no cálculo de metas financeiras contratuais. Observação:

	Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: MS. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.
--	---

2.2.4 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD

Nome	Serviço de Atenção Domiciliar - SAD
Conceituação	O indicador Serviço de Atenção Domiciliar – SAD corresponde ao quantitativo de pacientes acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar da unidade, no período de referência, no âmbito das equipes EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) e EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio). Para fins de apuração, consideram-se pacientes acompanhados aqueles admitidos e assistidos regularmente pelo SAD, conforme critérios clínicos e assistenciais estabelecidos pelas normativas do Ministério da Saúde e pelo escopo assistencial pactuado contratualmente, com registros devidamente inseridos nos sistemas oficiais de informação definidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE).
Importância	O indicador é fundamental para o monitoramento da produção assistencial do Serviço de Atenção Domiciliar, permitindo avaliar a capacidade operacional do serviço, o alcance da assistência prestada e o cumprimento das metas pactuadas no Contrato de Gestão. Sua apuração possibilita o acompanhamento da assistência multiprofissional realizada no domicílio, contribuindo para a avaliação da continuidade do cuidado, da desospitalização segura e da redução de internações prolongadas e reinternações evitáveis. Além disso, o monitoramento sistemático do quantitativo de pacientes acompanhados subsidia o planejamento das equipes assistenciais, a organização logística do serviço, o dimensionamento de recursos humanos e materiais e a análise da cobertura assistencial ofertada pela unidade. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde, o indicador contribui para o fortalecimento da atenção domiciliar como estratégia substitutiva ou complementar à internação hospitalar, promovendo cuidado humanizado, integral e articulado com os demais pontos da rede. No âmbito contratual, o indicador possui relevância para fins de monitoramento da execução física do objeto contratado, avaliação de desempenho e eventual vinculação financeira ao alcance das metas quantitativas pactuadas.
Meta	EMAD : 60 pacientes acompanhados/mês EMAP : 60 pacientes acompanhados/mês
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção).
Definição	Numerador: Número de pacientes acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar no período de apuração. Critérios de Inclusão Devem ser incluídos no numerador os pacientes que atendam cumulativamente aos seguintes critérios: - Paciente acompanhado pelo SAD Usuário admitido no Serviço de Atenção Domiciliar e acompanhado regularmente pelas equipes EMAD e/ou EMAP. - Conformidade com o escopo assistencial pactuado O acompanhamento deve estar previsto no escopo assistencial da unidade, conforme estabelecido no Contrato de Gestão ou instrumentos correlatos. - Registro em sistema oficial O acompanhamento do paciente deve estar devidamente registrado no SIMAS ou em outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) oficialmente definida pela SES/PE. - Acompanhamento realizado no período de referência O paciente deve ter recebido acompanhamento ativo pelo serviço durante o período de apuração do indicador. Critérios de Exclusão Devem ser excluídos do numerador os pacientes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes situações: - Pacientes sem acompanhamento ativo Usuários cadastrados sem acompanhamento efetivo no período de referência. - Atendimentos fora do escopo contratual Acompanhamentos não previstos no escopo assistencial pactuado para a unidade. - Ausência ou inconsistência de registro Pacientes sem registro nos sistemas oficiais ou com informações incompletas, duplicadas ou inconsistentes. - Pacientes acompanhados fora do período de apuração Acompanhamentos realizados fora do período de referência do indicador.

Denominador: Não aplicável.Vinculação Financeira do IndicadorO desempenho deste indicador poderá estar vinculado à avaliação quantitativa prevista no Contrato de Gestão, observadas as regras de valoração e os percentuais de alcance da meta estabelecidos nos respectivos anexos contratuais. Observações Técnicas - A avaliação do desempenho será realizada mediante a comparação entre o quantitativo de pacientes efetivamente acompanhados e a meta pactuada para o período; - Os dados deverão ser encaminhados conforme cronograma e fluxo definidos pela CONTRATANTE; - O registro das informações deverá ocorrer no SIMAS ou em outra TIC oficialmente definida pela SES/PE; - Para fins de monitoramento, poderão ser considerados os relatórios assistenciais das equipes EMAD e EMAP, prontuários e demais documentos comprobatórios da assistência domiciliar prestada. Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.	
---	--

2.3. INDICADORES DE QUALIDADE

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

Segue abaixo o Quadro Geral de Indicadores de Qualidade:

Quadro 03 - Indicadores Qualitativos: Índice Global de Qualidade:

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PON POR
Qualidade da assistência à saúde	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes verdes	Monitorar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de baixo risco (cor verde)	≤ 120 min	Pontuação:3	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3	
			> 120 min ≤ 180 min	Pontuação:2			
			> 180 min ≤ 240 min	Pontuação:1			
			> 240 min	Pontuação:0			
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes amarelos	Acompanhar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de risco moderado (cor amarela).	≤ 60 min	Pontuação: 4	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4	
			> 60 ≤ 120 min	Pontuação: 2			
			> 120 ≤ 180 min	Pontuação: 1			
			> 180 min	Pontuação: 0			
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes vermelhos	Monitorar o tempo entre a classificação de risco e o início do atendimento médico a pacientes classificados como de emergência (cor vermelha)	≤ 5 min	Pontuação: 5	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	
			> 5 min ≤ 6 min	Pontuação: 3			
			> 6 min ≤ 10 min	Pontuação: 2			
			> 10 min	Pontuação: 0			
	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	Avaliar a qualidade da assistência e efetividade da CCIH.	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI adulto.	≤ 4,7	Pontuação: 3	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	
			>4,7 e ≤ 12,6	Pontuação: 1			
			> 12,6	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes pediátricos relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI pediátrica.	≤ 2,7	Pontuação: 3	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	
			> 2,7 e ≤ 5,1	Pontuação: 1			
			> 5,1	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea,	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea,	≤ 7,1	Pontuação: 3	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3	

	laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	7,1 > e ≤ 12,3	Pontuação: 1		
			> 12,3	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica.	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica.	≤ 10,0	Pontuação: 2	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3
			> 10,0 e ≤ 17,2	Pontuação: 1		
			> 17,2	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	Avaliar a frequência de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes adultos internadas em UTI.	≤ 13,8	Pontuação: 3	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3
			3,8 > e ≤ 25,1	Pontuação: 1		
			>25,1	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica.	Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica.	≤ 6,1	Pontuação: 3	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	3
			> 6,1 e ≤ 8,6	Pontuação: 1		
			> 8,6	Pontuação: 0		
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea.	Avaliar a qualidade e a segurança do cuidado cirúrgico prestado às pacientes submetidas à cesariana.	≤ 1,7%	Pontuação: 3	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3
			> 1,7% e ≤ 3,5%	Pontuação: 1		
			> 3,5%	Pontuação: 0		
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes adultos internados, de acordo com a classificação de risco obtida pela Escala de Braden.	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	2
			A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.			1
Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia.	Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	2	
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	Acompanhar e avaliar a qualidade e segurança dos cuidados cirúrgicos prestados a pacientes com baixo risco (ASA 1).	até 0,1%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4	
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2.	Monitorar e avaliar a segurança e qualidade do atendimento cirúrgico em pacientes com risco moderado (ASA 2).	até 5,4%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4	
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3.	Monitorar e avaliar a segurança e qualidade do atendimento cirúrgico para pacientes com condições clínicas graves.	até 17,8%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	2	
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4.	Monitorar e avaliar a qualidade e segurança do atendimento cirúrgico para pacientes com condições clínicas graves e instáveis.	até 65,4%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	1	
Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	Garantir que os incidentes de segurança sejam registrados, analisados e corrigidos em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	Envio do relatório de segurança do paciente.		Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	2	
Protocolo de Dor Torácica	Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica	Garantir que pacientes com dor torácica tenham o eletrocardiograma realizado em tempo adequado após a	≤ 10 min	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	

		chegada ao serviço de emergência.				
Protocolo de Seps	Tempo médio entre reconhecimento clínico e administração do primeiro antibiótico em pacientes no protocolo de Seps.	Garantir a administração rápida da primeira dose de antibiótico para pacientes com seps.	≤ 60 min		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3
Assistência Perinatal Hospitalar	Taxa de cobertura da testagem para sífilis (teste rápido) na admissão de gestantes na maternidade.	Garantir o rastreamento oportuno da sífilis em gestantes no momento da admissão hospitalar para o parto.	Atingir 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	2
	Taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes na maternidade.	Assegurar a identificação precoce de gestantes com infecção pelo HIV no momento da admissão hospitalar para o parto.	Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	2
	Percentual de gestantes com sífilis diagnosticada no parto que iniciaram tratamento, junto com o recém-nascido, durante a internação hospitalar.	Assegurar o início oportuno do tratamento da sífilis em gestantes diagnosticadas no parto e em seus recém-nascidos durante a internação hospitalar.	Alcançar 100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento iniciado durante o internamento hospitalar.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3
	Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada.	Garantir que os partos instrumentalizados, como fórceps e vácuo-extractor, sejam realizados de forma criteriosa, com base em indicações clínicas devidamente registradas.	Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentalizados.		Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	2
	Proporção de episiotomias realizadas com justificativa clínica registrada.	Monitorar a conformidade da realização da episiotomia com as boas práticas obstétricas, assegurando que esse procedimento seja realizado apenas quando clinicamente necessário.	Assegurar justificativa clínica documentada em 100% das episiotomias realizadas.		Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	2
	Proporção de recém-nascidos elegíveis vacinados com 1ª dose de vacina contra hepatite B.	Monitorar, analisar e avaliar as ações de promoção e de proteção à saúde e a qualidade da assistência prestada ao recém-nascido.	Garantir que 100% dos recém-nascidos elegíveis para vacinação sejam vacinados no prazo máximo de 24 horas após o nascimento.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3
	Proporção de recém-nascido elegíveis vacinados com a vacina BCG.	Monitorar, analisar e avaliar as ações de promoção e de proteção à saúde e a qualidade da assistência prestada ao recém-nascido.	Atingir 100% dos recém-nascidos elegíveis vacinados com a vacina BCG.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3
Eficiência da Gestão Hospitalar	Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente.	Identificar falhas nos processos administrativos e operacionais que levam ao cancelamento de cirurgias.	Envio da Informação.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	4
Vigilância do Óbito	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h).	Revisar os óbitos que ocorreram após 24 horas de internação.	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais.	Pontuação:2	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	2
			Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais.	Pontuação:1		
			Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais.	Pontuação:0		
	Proporção de óbitos maternos investigados.	Monitorar a efetividade da vigilância de óbitos maternos, por meio da proporção de casos investigados.	Investigar 100% dos óbitos maternos.	Pontuação:2	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	2
			Investigar menos que 100% dos óbitos maternos.	Pontuação:0		

	Proporção de óbitos fetais analisados.	Analisar sistematicamente os óbitos fetais para identificar fatores evitáveis, falhas assistenciais e vulnerabilidades no pré-natal, parto e atendimento imediato.	Analisar 100% dos óbitos fetais.	Pontuação:2	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	2	
			Analisar menos que 100% dos óbitos fetais.	Pontuação:0			
Atenção ao Usuário	Satisfação do usuário.	Aferição mensal do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes atendidos.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%.	Pontuação: 3	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3	
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%.	Pontuação:2			
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%.	Pontuação:1			
			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 recebidas.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	3	
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:4	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE	4	
			Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:3			
			Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação:2			
			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.	Avaliar a execução do plano de educação permanente.	90,0% a 100% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação:3	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	
			80,0% a 89,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação:2			
			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		
TOTAL						

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

3. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES

3.1 TEMPO MÉDIO ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O ATENDIMENTO MÉDICO PARA PACIENTES (POR GRAU DE URGÊNCIA: VERDE, AMARELO, VERMELHO)

Nome	Tempo médio entre a classificação de risco e o atendimento médico para pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho).
Conceituação	Avaliar a eficiência e a prontidão do serviço de urgência/emergência na resposta ao atendimento médico após a classificação de risco, de acordo com a prioridade clínica definida por grau de urgência.
Importância	Esse indicador mede o tempo, em minutos, entre a classificação de risco do paciente e o início do atendimento médico em serviços de urgência. Ele avalia a agilidade do serviço e ajuda a identificar atrasos no fluxo assistencial. É essencial para garantir a segurança dos pacientes, especialmente os mais graves, e para monitorar o cumprimento dos protocolos de risco. Também orienta melhorias na gestão da unidade e no dimensionamento da equipe.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	Numerador: Soma do tempo em minutos entre a classificação de risco (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde) e o atendimento médico. Denominador: Número total de atendimentos no período (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde). Critérios de Inclusão (numerador e denominador): - Pacientes classificados nas categorias vermelho, amarelo ou verde; - Pacientes que realizaram classificação de risco e posteriormente receberam atendimento médico; - Pacientes que evoluíram a óbito após atendimento médico na unidade; - Pacientes classificados como vermelho provenientes da recepção da unidade, que passaram pelo processo regular de acolhimento com classificação de risco Critérios de Exclusão (numerador e denominador): - Pacientes classificados como azul, branco ou sem classificação; - Pacientes que abandonaram a unidade ou evadiram antes da consulta médica; - Pacientes transferidos antes do primeiro atendimento médico; - Pacientes que tenham sido reclassificados após permanência superior a 24 horas na unidade, uma vez que esses casos não refletem o fluxo assistencial inicial, mas sim a evolução clínica durante a permanência prolongada; - Pacientes oriundos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Corpo de Bombeiros ou outros serviços pré-hospitalares móveis que sejam encaminhados diretamente à sala de estabilização; - Pacientes conduzidos por familiares ou terceiros em estado crítico que receberam intervenção médica imediata antes do registro formal da classificação de risco*. Observação sobre fluxo assistencial Conforme estabelecido na Resolução CFM nº 2.079/2014, pacientes provenientes de serviços pré-hospitalares móveis (SAMU ou Corpo de Bombeiros) podem ser pré-classificados e encaminhados diretamente à sala de estabilização, sem necessidade de passar pelo fluxo regular de acolhimento com classificação de risco da recepção. Nessas situações, o atendimento ocorre imediatamente, não havendo tempo de espera mensurável entre classificação e consulta médica. Por esse motivo, esses casos não devem compor o cálculo deste indicador. *NOTA! Nos casos em que pacientes chegam à unidade em estado crítico conduzidos por familiares ou terceiros, estes poderão ser encaminhados imediatamente à sala de estabilização para intervenção médica urgente, sem passagem prévia pelo fluxo regular de acolhimento com classificação de risco da recepção. Nessas situações, a classificação de risco deverá ser registrada posteriormente pela equipe assistencial, sendo atribuída, em regra, a categoria “vermelho”. Considerando que o atendimento médico ocorre de forma imediata, não há tempo de espera mensurável entre a classificação e o atendimento, razão pela qual tais casos não devem ser considerados no cálculo deste indicador. Definição de Pacientes de Alto Risco Consideram-se pacientes de alto risco ou máxima urgência aqueles que apresentam iminente risco de morte ou sofrimento intenso, necessitando intervenção médica imediata. Exemplos: - Parada cardiorrespiratória - Infarto agudo do miocárdio com instabilidade

- AVC com rebaixamento do nível de consciência
- Politraumatismo grave
- Insuficiência respiratória grave
- Choque (séptico, cardiogênico, hemorrágico ou anafilático)
- Paciente inconsciente
- Convulsão prolongada
- Hemorragia grave

Esses pacientes são **prioritariamente encaminhados à sala de estabilização**, com atendimento imediato.

Pacientes classificados como Vermelho (para fins de cálculo do indicador).

Serão considerados, para fins de cálculo deste indicador, os pacientes classificados como **vermelho (emergência)** que tenham passado pelo fluxo regular de acolhimento com classificação de risco da recepção da unidade. Nesses casos, a equipe de triagem identifica condição clínica de extrema gravidade e encaminha o paciente imediatamente para atendimento médico prioritário. Assim, integrarão o cálculo apenas os pacientes classificados como **vermelho oriundos da recepção**, cujo registro permita a mensuração do tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico.

Observações:

- Os dados utilizados para o cálculo devem ser extraídos preferencialmente de sistemas informatizados de gestão da unidade, com registros de data e hora da classificação de risco e do início do atendimento médico.
- Na ausência de sistema informatizado, admite-se o uso de registros manuais em prontuário físico, desde que preenchidos de forma padronizada e auditável.
- É fundamental que a hora da classificação de risco e a hora do atendimento médico estejam devidamente registradas em campo específico, com base no horário real da ocorrência (não retroativo).

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Estratificação: Classificação Verde

Faixa de Tempo (minutos)	Classificação do Tempo	Interpretação Clínica	Interpretação Gerencial
≤ 120 min	Adequado	Tempo de espera compatível com baixo risco clínico; não há prejuízo à segurança do paciente.	Conformidade contratual e assistencial; indica fluxo eficiente de atendimento.
121–180 min	Atenção	Espera acima do ideal, mas ainda aceitável em situações de demanda elevada; risco clínico baixo.	Exige monitoramento do fluxo; pode sinalizar início de sobrecarga na unidade.
181–240 min	Limítrofe	Tempo de espera prolongado, que pode impactar a satisfação do usuário e gerar risco de agravamento de alguns casos verdes.	Indica necessidade de revisão do dimensionamento e organização do atendimento.
> 240 min	Inadequado	Espera excessiva; risco de evolução clínica desfavorável em pacientes inicialmente estáveis; insatisfação elevada	Não conformidade contratual; demanda ação corretiva e plano de melhoria da gestão.

Estratificação: Classificação Amarela

Faixa de Tempo (minutos)	Classificação do Tempo	Interpretação Clínica	Interpretação Gerencial
≤ 60 min	Adequado	Atendimento realizado dentro do tempo recomendado para casos de urgência; reduz risco de evolução para emergência.	Conformidade contratual, demonstra boa capacidade de resposta da unidade.
61–120 min	Atenção	Espera maior que o ideal, mas ainda dentro do limite tolerável em situações de alta demanda; Pode comprometer alguns quadros de urgências se não monitorado de perto.	Sinal de alerta; gestão deve avaliar causas de espera prolongada.
121–180 min	Limítrofe	Tempo de espera elevado, risco relevante de agravamento.	Indica falhas de dimensionamento de equipe/fluxo; requer plano de ajuste.
> 180 min	Inadequado	Espera excessiva para condição de urgência; risco elevado de complicações graves.	Não conformidade contratual; sujeito a apontamentos e necessidade de ação corretiva imediata.

Estratificação: Classificação Vermelha

Faixa de Tempo (minutos)	Classificação do Tempo	Interpretação Clínica	Interpretação Gerencial
≤ 5 minutos	Adequado / Imediato	Atendimento realizado dentro da janela segura para emergências; conduta conforme protocolos de risco.	Conformidade contratual; evidencia capacidade da equipe em priorizar pacientes críticos.
> 5 e ≤ 6 minutos	Atenção leve	Atraso mínimo; não compromete desfecho clínico, mas atenção ao fluxo.	Monitorar pequenos atrasos e otimizar recursos para manter o desempenho ideal.
> 6 e ≤ 10	Atenção/ alerta	Atendimento com atraso leve; pode não comprometer desfecho clínico se estabilização rápida, mas indica necessidade de ajuste no fluxo	Sinal de alerta para gestão; monitorar causas (sobrecarga, fluxo de entrada, recursos).
> 10 minutos	Inadequado	Atraso significativo; risco aumentado de agravamento e óbito; não condiz com a prioridade vermelha	Não conformidade contratual; pode gerar glosa, apontamento da Comissão e necessidade de plano de ação imediato.

Observação 02:

- Periodicidade de apuração: Mensal;
- Responsável: Coordenação médica da unidade e equipe de monitoramento assistencial.

Observação 03: Critério de Justificativa para Descumprimento de Metas do Indicador

- A única justificativa aceitável para o eventual descumprimento das metas estabelecidas para este indicador será a ocorrência de produção superior à meta contratualizada (acima de 110%), acompanhada da comprovação de cenário de atendimentos acima da capacidade instalada da unidade.
- Tal condição, caracterizada como superlotação assistencial, implica diretamente na limitação da capacidade operacional e compromete o atingimento do tempo médio esperado, sendo, portanto, a única situação passível de reconhecimento como fator externo e impeditivo para o cumprimento do indicador, aplicável às classificações de risco verde, amarela e vermelha.

Observação 04:

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

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde – Qualiss: versão anterior. Rio de Janeiro: ANS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ace-02.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016: regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 33, p. 39, 18 fev. 2016. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 27 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco.pdf. Acesso em: 27 jun. 2025.

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

Nome	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.
Conceituação	Percentual de pacientes que foram reinternados no hospital em até 30 dias após a alta hospitalar decorrente de procedimento cirúrgico, por motivo clinicamente relacionado à cirurgia realizada.

Importância	Indicador essencial para monitorar a eficácia dos protocolos de controle de infecção, garantindo que as cirurgias, especialmente as limpas, sejam realizadas de maneira segura e eficaz. A redução dessa taxa resulta em melhores resultados para os pacientes, menores custos hospitalares e maior qualidade no cuidado prestado.
Meta	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	Numerador: Total de internações que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas cirúrgicas que constam no denominador (saídas no mês anterior ao mês de competência). Crítérios de inclusão: • Motivo da reinternação compatível com complicações pós-operatórias (ex: infecção de sítio cirúrgico, deiscência, hemorragia, tromboembolismo, etc.); • Internação hospitalar (não inclui atendimentos ambulatoriais ou em pronto atendimento sem internação). • Reinternações hospitalares ocorridas no mesmo estabelecimento, dentro de 30 dias corridos, com diagnóstico relacionado ao procedimento cirúrgico inicial, conforme CID. Crítérios de Exclusão: • Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos; • Reinternações eletivas programadas ou previamente agendadas no momento da alta; • Reinternações em até 30 dias por trauma ou outra condição aguda não relacionada à cirurgia inicial. Denominador: Total de saídas cirúrgicas no mês anterior ao mês de competência. Crítérios de inclusão: • Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico hospitalar (eletivo ou de urgência/emergência); • Alta hospitalar ocorrida no período de análise (ex: mês, trimestre, ano); • Alta com condição de alta definitiva (exclui transferências); • Procedimentos realizados em centro cirúrgico (cirurgias propriamente ditas, não procedimentos ambulatoriais ou de diagnóstico). Crítérios de Exclusão: • Não se aplica Observação 01: • Para a estratificação das reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída da sua primeira internação. Observação 02: • Fonte de dados: As informações para cálculo deste indicador deverão ser extraídas, preferencialmente, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), com base nos registros de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), e complementadas por dados do prontuário eletrônico e dos sistemas de gestão da unidade, quando necessário. • A contagem do prazo de 30 dias tem início no dia seguinte à data da alta hospitalar do paciente. A unidade de análise será a coorte mensal de altas hospitalares decorrentes de procedimento cirúrgico. A reinternação deve ocorrer na mesma unidade hospitalar e ser registrada no mesmo sistema de informação hospitalar (ex: SIH-SUS), com codificação compatível com complicações cirúrgicas. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência da meta: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Ficha técnica - Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias. Qualiss. [S.l.], 1 abr. 2018. p. 1–5. Referências: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sítio cirúrgico: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde; Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Brasília: Anvisa, 2009. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

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

Nome	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Adulto / UTI Pediátrico
Conceituação	Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
Importância	O acompanhamento da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora (ITU-CVD) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui um componente essencial da vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), bem como do monitoramento da qualidade e da segurança do cuidado prestado em ambientes críticos. A infecção urinária associada a CVD é uma das IRAS mais prevalentes em UTIs, estando fortemente relacionada ao uso prolongado e/ou inadequado do dispositivo, à adoção de técnicas assépticas inadequadas durante a inserção e a manutenção, bem como a falhas na aplicação de protocolos.
Meta	≤ 4,7 (adulto) e ≤ 2,7 (pediátrica)
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1.000
Definições	Fórmula do cálculo: (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000 Estratificar os dados da fórmula em: • Unidade de terapia intensiva (UTI) adulto / pediátrico. Numerador: Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse. Critérios de inclusão: • Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário; • O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; • Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas. Critérios de Exclusão: • Pacientes que utilizam cateter duplo J; • Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico). Denominador: Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse Critérios de inclusão: • Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário Critérios de Exclusão: • Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de demora, como cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente; • Pacientes admitidos na UTI já com cateter vesical de demora instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI). Observação 01: • A caracterização de infecção do trato urinário (ITU) associada ao uso de cateter vesical de demora (CVD) deverá obrigatoriamente seguir os critérios diagnósticos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme descrito no Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), nº 01 /2024. • Os casos deverão ser validados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade, com base em registros clínicos, laboratoriais e de dispositivos, assegurando uniformidade, rastreabilidade e comparabilidade dos dados. Observação 02: A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo. Definições: • Cateter Vesical de Demora (CVD): considera-se aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente • Infecção do trato urinário em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior.

	Observação 03: O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de trato urinário associada a cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD. Quanto menor a taxa de infecção de trato urinário associada a CVD, melhor. Observação 04: Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023. Observação 05: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência da meta: Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA. Referências: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Observatório ANAHP. 3. ed. São Paulo: ANAHP, 2011. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Observatório ANAHP 2019: publicação anual. 11. ed. São Paulo: ANAHP, 2019. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa n.º 4, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, set. 2010. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde: indicador nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde. Boletim Informativo, v. 1, n. 3, Brasília, 2011. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Nota Técnica GVIMS/GGTES n.º 03/2019. Brasília: Anvisa, 2019. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde. Resolução n.º 07, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010.
--	---

3.4 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DA CORRENTE SANGÜÍNEA, LABORATORIALMENTE CONFIRMADA, ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EM UTI ADULTO/ UTI PEDIÁTRICO

Nome	Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, Associada à Cateter Venoso Central em UTI adulto/UTI Pediátrico.
Conceituação	A taxa de densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central (CVC), em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é expressa por 1.000 cateteres-dia. A utilização de "cateter-dia" como denominador permite o ajuste do tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a ocorrência dessa infecção. Este indicador é aplicável às Unidades de Terapia Intensiva adulto e pediátrica, devendo ser analisado de forma estratificada por faixa etária, de modo a permitir uma avaliação mais precisa do risco e da qualidade do cuidado prestado em cada grupo populacional.
Importância	Indicador essencial para o controle de infecções hospitalares. Ele reflete diretamente as práticas de cuidados intensivos e contribui para a melhoria da qualidade assistencial nas UTIs. Monitorar e reduzir essa taxa é fundamental para a segurança do paciente e para garantir um atendimento eficaz e com menor risco de complicações associadas a infecções graves.
Meta	≤ 7,1(adulto) e ≤ 10,0 (pediátrica)
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
Definição	Numerador: Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês. Critérios de inclusão : - Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior. Critérios de Exclusão: - Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.). Denominador: Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês. Critérios de inclusão: - Pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. Critérios de Exclusão: - Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.).

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

Observações:

- Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.
- A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo.
- Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.
- NÃO são considerados cateteres centrais para fins de notificação de dados de IPCSL: fístula arteriovenosa, enxerto arteriovenoso, cateteres atriais (também conhecidos como cateteres intracardíacos transtorácicos, os cateteres inseridos diretamente no átrio direito ou esquerdo através da parede do coração), suporte de vida extracorpóreo (ECMO), enxerto para hemodiálise (HERO), dispositivos de bomba de balão intra-aórtico (BIA), cateter periférico ou cateter de linha média (midline), dispositivo de assistência ventricular (VAD), cateter arterial, que não se enquadra na definição de cateter central.
- Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.
- Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023.
- Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (ANVISA), nº 01 / 2024.

Definições:

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

Tipos de cateteres centrais para fins de vigilância epidemiológica:

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

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

Referência da meta:

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

Referências:

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

3.5 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO/UTI PEDIÁTRICO

Nome	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em UTI Adulto/UTI Pediátrico
Conceituação	Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000.
Importância	É um importante indicador para a gestão da qualidade e segurança do paciente em UTIs. Monitora-la ajuda a identificar problemas de prevenção e controle de infecções, e pode orientar as equipes de saúde em estratégias para reduzir a incidência de infecções associadas à ventilação mecânica. Além disso, é um parâmetro essencial para garantir que os cuidados prestados em ambientes críticos sejam sempre os mais eficazes e seguros.
Meta	≤ 13,8 (adulto) e ≤ 6,1 (pediátrica)
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
Definição	Numerador: Número de episódios de pneumonia diagnosticada segundo os critérios clínico-epidemiológicos e laboratoriais da ANVISA, ocorridos em pacientes em ventilação mecânica invasiva por mais de dois dias consecutivos, em um mês. Crítérios de inclusão: • Pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou esta havia sido removida no dia anterior. Crítérios de Exclusão: • Dispositivos de ventilação e expansão pulmonar que fornece pressão positiva para as vias aéreas por meios não invasivos (por exemplo: máscara nasal, máscara facial, cateter de alto fluxo CPAP, BIPAP etc.) não são considerados ventiladores mecânicos, a menos que a pressão positiva seja fornecida por via aérea artificial (tubo endotraqueal oral / nasal ou tubo de traqueostomia). Denominador: Número de dias de VM (VM/dia). Crítérios de inclusão: • Total de dias em que todos os pacientes da UTI estiveram em ventilação mecânica invasiva, durante o período avaliado, em um mês. Crítérios de Exclusão: • Dias em que o paciente não esteve em ventilação mecânica invasiva • Pacientes em outras unidades que não a UTI. • Pacientes admitidos na UTI já em uso de ventilação mecânica instalada em outra unidade assistencial ou instituição de saúde, ou seja, com utilização prévia ao ingresso na UTI. Observações: • Ventilador mecânico: dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal. • Em caso de reintubação, considerar novo episódio de ventilação mecânica se o intervalo entre a extubação e nova intubação for superior a 48 horas. Nesse caso, reinicia-se a contagem de D1. • A validação dos casos de PAV deve ser realizada por profissionais treinados em vigilância epidemiológica hospitalar, preferencialmente sob a coordenação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com base nos critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). • Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência da meta: Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA. Referências: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2024: orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde. [S. l.]: Anvisa, 3 jan. 2024. p. 1–55.

3.6 TAXA DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-CESÁREA

Nome	Taxa de Infecções de Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea
Conceituação	A Taxa de ISC pós-cesárea mede a frequência com que ocorrem infecções no local da incisão cirúrgica após a realização de cesariana. Ela permite identificar falhas nos processos de prevenção de infecções, como assepsia, técnica cirúrgica, cuidados pós-operatórios e uso racional de antimicrobianos.
Importância	O monitoramento contínuo das taxas de infecção em unidades assistenciais, especialmente aquelas voltadas ao cuidado de puérperas, é essencial para a garantia da segurança do paciente, sendo as altas taxas de infecção um indicativo de riscos elevados e potenciais falhas no processo assistencial. O aumento desses índices pode sinalizar deficiências em protocolos cirúrgicos, práticas de assepsia ou esterilização, comprometendo diretamente a qualidade do cuidado prestado. A análise sistemática desses dados subsidia a gestão hospitalar na tomada de decisões baseadas em evidências, permitindo a implementação de ações corretivas e preventivas mais eficazes. Além disso, o controle das infecções está diretamente relacionado à eficiência do uso dos recursos, uma vez que contribui para a redução de internações prolongadas, menor necessidade de uso de antibióticos e diminuição das reinternações evitáveis, promovendo maior custo-efetividade. Assim, a vigilância e o acompanhamento desses indicadores refletem o compromisso institucional com a assistência segura, qualificada e centrada na paciente.
Meta	≤ 1,7%
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	Taxa (%) = (Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea / Total de cesarianas realizadas) x 100 Numerador: Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea no período. Critérios de inclusão: • Pacientes submetidas a cesariana na instituição. • Diagnóstico confirmado de ISC (superficial, profunda ou de órgão/espaco), de acordo com critérios clínicos e laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC, como: • Secreção purulenta no local da incisão. • Cultura positiva do sítio cirúrgico. • Dor, edema, calor, vermelhidão com abertura espontânea da incisão. • Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado. • ISC diagnosticada durante a internação ou após a alta hospitalar, dentro de 30 dias da cesárea. Critérios de Exclusão: • Infecções em pacientes que não passaram por cesariana. • Casos com suspeita, mas sem confirmação clínica ou laboratorial de ISC. • Diagnóstico de ISC feito após 30 dias da cirurgia. • Casos de infecção ocorridos por outro motivo cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea Denominador: Total de cesarianas realizadas. Critérios de inclusão: • Foram realizadas na própria instituição, independentemente do risco ou indicação clínica. • Ocorrem no período avaliado (ex: mês, trimestre, ano). • Foram feitas em pacientes internadas para parto, mesmo em casos de cesárea de urgência ou emergência. • Incluem cesáreas feitas em gestantes com ou sem comorbidades. • Incluem cesarianas com qualquer tipo de anestesia (raqui, peridural, geral). • Pacientes que foram operadas e tiveram alta ou permaneceram internadas. Critérios de Exclusão: • Partos vaginais; • Cesarianas realizadas em outras instituições, mesmo que a paciente tenha sido transferida para cuidados posteriores. • Curetagens, abortamentos ou outros procedimentos obstétricos que não resultam em parto cesariano. Observação: • O período de análise será mensal; • A validação dos casos deve ser realizada pela CCIH ou por profissional capacitado, conforme protocolo institucional; • Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (ANVISA), nº 01 / 2024. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de

	Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referências: ASSOCIATED MODULE. Surgical Site Infection Event (SSI). National Healthcare Safety Network (NHSN), [S. l.], p. 1–42, 1 jan. 2025. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, [S. l.], p. 1–61, 5 mar. 2021. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2024: orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde. [S. l.]: Anvisa, 3 jan. 2024. p. 1–55.
--	--

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

Nome	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).
Conceituação	Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante o internamento hospitalar, ajustando os dados de acordo com a classificação de risco clínico dos pacientes (Escala de Braden) e considerando o tempo de exposição (em pacientes-dia).
Importância	A incidência de lesão por pressão (LPP) ajustada pelo risco clínico, por meio da Escala de Braden, é fundamental para avaliar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes internados. Este indicador permite identificar eventuais falhas nos processos de cuidado, especialmente relacionados à prevenção, monitoramento e manejo das condições que levam ao desenvolvimento de LPP. Ao ajustar a avaliação pelo grau de risco dos pacientes, considera-se a maior vulnerabilidade daqueles com comorbidades, limitações funcionais e internações prolongadas, assegurando uma análise justa e realista do desempenho institucional. A redução da incidência de LPP contribui para a diminuição do tempo de internação, a prevenção de complicações secundárias e a otimização dos recursos hospitalares. Além disso, o acompanhamento sistemático deste indicador atende às diretrizes nacionais e internacionais de segurança do paciente, sendo um requisito para o cumprimento dos contratos de gestão e a liberação da parte variável dos recursos vinculados à qualidade da assistência.
Meta	A incidência de LPP no Grupo A for igual ou inferior a 2,2%; A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B, com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	Numerador: Número de pacientes do Grupo A ou B que desenvolveram LPP. Denominador: Número total de pacientes do Grupo A ou B sem LPP na admissão. Observação 01: - Grupo A : Pacientes com Braden ≥ 13 (baixo/médio risco); - Grupo B : Pacientes com Braden ≤ 12 (alto risco). Crítérios de inclusão (para numerador e denominador): - Pacientes adultos (≥ 18 anos) internados em unidades de internação clínica, cirúrgica ou UTI; - Que não apresentavam LPP na admissão hospitalar; - Com registro da Escala de Braden na admissão; - Com permanência mínima de 48 horas no hospital (internações muito breves podem não permitir avaliação real de risco ou surgimento da lesão). Crítérios de Exclusão (para numerador e denominador): - Pacientes com LPP pré-existente no momento da admissão; - Pacientes com internamento inferior a 48 horas; - Pacientes sem avaliação pela Escala de Braden devidamente registrada; - Pacientes em cuidados paliativos exclusivos, com registro de plano de conforto; - Casos em que houve recusa documentada de familiares quanto à adoção de medidas preventivas essenciais. - Pacientes em cuidados paliativos avançados, nos quais a prevenção ou tratamento da lesão por pressão não constitui mais objetivo terapêutico, conforme registrado em prontuário; Observação: Pacientes classificados no Grupo B devem possuir plano de cuidados devidamente documentado. Avaliação de Risco Pela Escala de Braden: - A Escala de Braden é a mais utilizada no Brasil para medir o risco que o usuário dos serviços de saúde tem de apresentar uma LPP. É constituída de seis variáveis para avaliação em seis

subescalas: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Força de Cisalhamento.

- Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3.
- O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os usuários classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9 pontos), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos).

Observação 02: A avaliação de risco para esse tipo de lesão deverá ser realizada o mais precocemente (recomendável dentro das primeiras 8 horas) após a admissão do usuário na unidade.

Segue a Escala de Braden em formato resumido:

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

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

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

Interpretações:

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

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

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

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

Observação 03: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

Referências:

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

	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Guia rápido de prevenção e tratamento de lesão por pressão. Brasília, DF: SES-DF, [2020]. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA; MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2023: práticas de segurança do paciente em serviços de saúde: prevenção de lesão por pressão. 2023.
--	--

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

Nome	Densidade de Incidência de Quedas (com ou sem lesão) de Pacientes Internados (por mil).
Conceituação	Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição.
Importância	O indicador em questão mensura a taxa de incidência de quedas, com ou sem lesões associadas, por 1.000 pacientes internados. A redução desta taxa é indicativa de melhoria na segurança do paciente.
Meta	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
Definição	Densidade de Incidência de Quedas = (Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse / Total de pacientes-dia) × 1.000 Numerador: Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse. Crítérios de Inclusão: - Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas. Quedas assistidas. Quedas repetidas. Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda); - Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V); - Todos os pacientes da instituição independente da idade. Crítérios de Exclusão: - Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe. Denominador: Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse. Critérios de Inclusão: - Pacientes adultos, sob regime de internação nas unidades qualificadas para análise. Pacientes internados, de curto prazo, sob observação e para cirurgias no mesmo dia que recebam cuidados em unidades de internação qualificadas durante parte ou todo um dia. Unidades de cuidado crítico, semi-intensivo, médico, cirúrgico, médico-cirúrgico combinado para adultos, unidades de gravidade mista, unidades pediátricas e obstétricas. Pacientes em uma unidade qualificada para reportar dados são incluídos na contagem de paciente-dia. Crítérios de exclusão: - Não é aplicável. Observação 01: Queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008; Sociedade Hospital Samaritano, 2013). Observação 02: Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico. Níveis de lesão: Nível I (nenhum): paciente não sofreu lesões. Nível II (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. Nível III (moderado): resultou em sutura, aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. Nível IV (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. Nível V (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda. Notificação da Queda: - A notificação da queda é de responsabilidade da equipe de enfermagem da unidade onde ocorreu o evento. - O profissional que presenciar ou tomar conhecimento da queda deverá registrar imediatamente:

	- Em campo específico do prontuário do paciente; - No formulário de notificação de evento adverso padronizado pela unidade; Validação e Acompanhamento: - O evento deverá ser validado e analisado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da instituição, com registro do parecer e plano de ação, se aplicável. - A depender da gravidade ou recorrência, o evento também será encaminhado à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para avaliação conjunta, quando implicar em risco assistencial ampliado. Documentação obrigatória: - Todo evento de queda deverá conter os seguintes elementos mínimos para ser considerado válido: - Data, hora e local do evento; - Nome completo do paciente e número do prontuário; - Relato sucinto da dinâmica do evento; - Classificação da gravidade (com ou sem lesão) e avaliação do risco prévio; - Conduta adotada após a queda. Observação 03: - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência da meta: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. QUALISS; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Densidade de incidência de queda resultando em lesão em paciente: domínio segurança. Ficha Técnica, [S. l.], p. 1–4. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/Ficha_tecnica_indicador_13.pdf. Acesso em: 30 maio 2025. Referências: ABREU, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 20, 2012. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS – ANAHP. Observatório ANAHP: publicação anual – edição 11, 2019. BOUSHON, B. et al. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2012. Disponível em: <www.ihl.org>. Acesso em: 13 jan. 2019. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): protocolo prevenção de quedas. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz. CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 1, 2012.
--	---

3.9 TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA SEGUNDO ASA

Nome	Taxa de Mortalidade Cirúrgica Segundo ASA.
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos intra hospitalares que ocorreram até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período.
Importância	A probabilidade de ocorrência de óbito e complicações em pacientes cirúrgicos é dependente de diversos fatores, entre os quais se destacam, as condições fisiológicas do doente no pré-operatório (idade, sexo, presença de comorbidades, entre outros), o tipo de procedimento e o caráter da admissão (cirurgia de emergência, urgência, agendada ou eletiva), e o desempenho do hospital – experiência das equipes cirúrgicas, volume cirúrgico, qualidade das equipes interdisciplinares, disponibilidade de recursos, etc. (Klück, 2004).
Meta	ASA 1 até 0,1%; ASA 2 até 5,4%; ASA 3 até 17,8%; ASA 4 até 65,4%.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	Numerador: Número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após cirurgia que atenda aos critérios de inclusão, no período.

Denominador: Número de pacientes submetidos a cirurgias, que atendam aos critérios de inclusão, no período.

Crítérios de inclusão:

- Cirurgia em paciente internado em serviço de saúde: procedimentos cirúrgicos realizados dentro do centro cirúrgico, que consistam em pelo menos uma incisão e uma sutura, em regime de internação superior a 24 horas (Anvisa, 2009);
- Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004).

Observações:

- Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos na mesma data, utilizando-se o mesmo acesso cirúrgico, devem ser computados uma única vez, considerando-se para efeito de ajuste de risco o procedimento de maior complexidade;
- Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos inter-relacionados em datas diferentes do mesmo período (reoperações) também deverão ser computados uma única vez, atribuindo-se o ajuste de risco ao primeiro procedimento.

Crítérios de exclusão:

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

Observação 01:

- A condição pré-operatória do paciente, independente do tipo de cirurgia, é uma variável que influencia decididamente a mortalidade cirúrgica. Há uma relação direta entre a gravidade da condição clínica, avaliada de acordo com a Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists), e a mortalidade cirúrgica. Para tornar o indicador comparável entre os diferentes hospitais, de maneira a destacar a contribuição da qualidade da assistência hospitalar e minimizar os fatores relativos à gravidade do caso e à presença de comorbidades, serão realizados ajustes levando em conta as cinco classes ASA dos pacientes (a classe VI não será utilizada), abaixo especificadas:

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

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

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

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

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

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

Classe VI: Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para doação.*Observações entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010).

Observação 02:

- Para fins de apuração deste indicador, toda cirurgia realizada sob anestesia assistida deverá possuir registro da Classificação do Estado Físico da ASA em prontuário anestésico, inclusive nos casos de urgência e emergência. Excepcionalmente, quando a gravidade clínica do paciente ou a necessidade imediata de intervenção cirúrgica impossibilitar o registro prévio da classificação ASA, o anestesiolista responsável poderá realizar o respectivo registro no prontuário assistencial imediatamente após o procedimento, considerando as condições clínicas apresentadas pelo paciente no momento do ato anestésico-cirúrgico.

Observação 03:

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

Referência da Meta:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA. ANS, [S. l.], p. 1–4, 1 nov. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-eft-03.pdf>. Acesso em: 23 maio 2025.

Referências:

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

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Sítio cirúrgico - critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, Gerência Geral de Tecnologia em

	Serviços de Saúde, mar. 2009. p. 1–19. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf. Acesso em: 12 jul. 2012. CARRARO, M. A.; ZANATTA, G. A.; KLÜCK, M. M. Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada pela classificação ASA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Revista HCPA, v. 31, n. Supl. 1, p. 129, 2011. KLÜCK, M. M. Metodologia para ajuste de indicadores de desfechos hospitalares por risco prévio do paciente. 2004. 128 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
--	--

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

Nome	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente
Conceituação	Este indicador mede o cumprimento da obrigatoriedade de envio regular do Relatório de Segurança do Paciente, conforme estabelecido pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS nº 529/2013 e regulamentado pela RDC nº 36/2013 da Anvisa.
Importância	O indicador fortalece a cultura de segurança do paciente ao institucionalizar práticas de vigilância e prevenção de riscos assistenciais. Além disso, garante a transparência na gestão dos eventos adversos, contribuindo para a responsabilização e para a melhoria contínua da qualidade do cuidado. Também subsidia a tomada de decisão por parte de gestores e profissionais, ao permitir análises periódicas de falhas e não conformidades. Cumpre ainda exigência normativa da Anvisa, sendo fundamental para a manutenção da regularidade sanitária das instituições de saúde. Por fim, funciona como instrumento de monitoramento institucional e contratual, podendo compor o quadro de indicadores dos contratos de gestão e das auditorias do SUS.
Meta	Envio do relatório de segurança do paciente, dentro do prazo estipulado e com os campos obrigatórios devidamente preenchidos.
Método de Cálculo	Não é aplicável.
Definição	Observações: - O Relatório segurança do paciente é essencial para monitorar, analisar e promover a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados prestados aos pacientes pela CONTRATADA. Desempenha, ainda, um papel central na promoção de um ambiente assistencial mais seguro, na proteção do paciente e na garantia de transparência, conformidade e responsabilização institucional; - Esse instrumento deve conter o registro e a análise de eventos adversos, incidentes sem dano e quase falhas, além das ações corretivas e preventivas implementadas pela instituição. A avaliação da conformidade considera tanto o envio no prazo estabelecido, quanto à completude e a consistência das informações apresentadas; - Nos casos de evasão, deverão ser contabilizados exclusivamente os eventos em que o paciente se evadiu após a realização de atendimento médico, não sendo considerados aqueles ocorridos após a triagem, sem que tenha havido atendimento médico. - A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos, alinhados às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que devem ser elaborados e implantados nas instituições de saúde. São eles: higiene das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação correta dos pacientes, prevenção de quedas e prevenção de úlceras por pressão. Esses protocolos constituem instrumentos fundamentais para a construção de uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos locais de segurança do paciente, conforme disposto na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Anvisa; - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência da meta: 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.

INDICADORES RELACIONADOS AO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

3.8 MÉDIA DE TEMPO PORTA-ECG PARA PACIENTES NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

Nome	Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica
Conceituação	Mede o tempo, em minutos, entre o início da triagem do paciente com dor torácica ou sintomas equivalentes sugestivos de isquemia miocárdica e a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG).

	O exame deve ser realizado em até 10 minutos a contar do início da triagem, avaliado imediatamente pelo médico e incorporado à classificação de risco do paciente.										
Importância	O tempo entre a chegada do paciente com dor torácica e a realização do eletrocardiograma é um dos principais indicadores de qualidade no atendimento das síndromes coronarianas agudas (SCA). Conforme as Diretrizes Brasileiras de Dor Torácica (2025), o ECG deve ser realizado em até 10 minutos após o primeiro contato médico, permitindo diagnóstico rápido e tratamento oportuno, fatores determinantes para a redução da mortalidade e das complicações associadas ao infarto agudo do miocárdio. Esse indicador reflete diretamente a eficiência dos fluxos assistenciais e a organização da unidade hospitalar, sendo essencial para avaliar a capacidade de resposta da equipe de emergência e garantir a segurança do paciente. Sua utilização nos contratos de gestão hospitalar fortalece a cultura de qualidade e assegura alinhamento às melhores práticas clínicas nacionais.										
Meta	≤ 10 min										
Método de Cálculo	Numerador / Denominador										
Definição	Numerador: Somatório dos tempos, em minutos, a contar do início da triagem até a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG). Critérios de Inclusão: • Pacientes incluídos no denominador; • ECG realizado na primeira abordagem da dor torácica; • Registro confiável de: ◦ Hora do início da triagem; ◦ Hora da realização do ECG. Critérios de Exclusão: • ECG não realizado durante o atendimento; • ECG realizado tardiamente por outro motivo que não a dor torácica; • Falta de registro de horário de chegada ou horário do ECG. Denominador: Todos os pacientes elegíveis para o protocolo de dor torácica, no período de avaliação (conforme critérios do protocolo). Critérios de Inclusão: • Todos os pacientes atendidos na sala de emergência que apresentem suspeita de dor torácica, de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo clínico vigente; Critérios de Exclusão: • Pacientes com ECG já realizado antes da chegada (ex: por SAMU ou unidade de origem); • Dor torácica de origem claramente não cardíaca (ex: trauma torácico, herpes zoster visível). # Base Normativa: Diretriz Brasileira de Dor Torácica – 2025 (MS/SBC). Conforme a Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025 (Ministério da Saúde/SBC), recomenda-se que todo paciente com dor torácica ou sintoma equivalente de início agudo realize eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos a contar do início da triagem, com avaliação imediata pelo médico e incorporação do resultado à Classificação de Risco. Nota: Tempo porta: um método muito utilizado é o do FMC como tempo “porta”, ou seja, o primeiro contato com um profissional da área da saúde (habitualmente este atendimento inicial ocorre na triagem do PS). A diretriz ressalta que os termos “dor típica” e “dor atípica” não devem mais ser utilizados, por induzirem a interpretações equivocadas. A abordagem atual propõe a classificação dos sintomas em: Altamente suspeitos de síndrome coronariana aguda (por exemplo, dor isquêmica cardíaca); Moderadamente suspeitos (por exemplo, dor possivelmente isquêmica cardíaca) e sintoma pouco ou nada suspeitos (por exemplo, dor torácica não cardíaca). Portanto, a diretriz é clara: não se deve esperar caracterizar se a dor é “típica” ou “atípica” para decidir pela realização do ECG, que deve ser sempre realizado em até 10 minutos. CRITÉRIOS ROTINEIROS PARA ABERTURA DO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA <table><tr><td></td><td>Classe de recomendação</td><td>Nível de evidência</td></tr><tr><td>Qualquer dor ATUAL (vigente na admissão) entre a cicatriz umbilical e a mandíbula.</td><td>I</td><td>C</td></tr><tr><td>Qualquer dor torácica que tenha durado mais de 10 minutos (mesmo que ausente na admissão).</td><td>I</td><td>C</td></tr></table> *Esses critérios rotineiros apresentam foco no reconhecimento de síndrome coronariana aguda com oclusão coronária e, portanto, com potencial benefício para terapia de reperfusão, além de			Classe de recomendação	Nível de evidência	Qualquer dor ATUAL (vigente na admissão) entre a cicatriz umbilical e a mandíbula.	I	C	Qualquer dor torácica que tenha durado mais de 10 minutos (mesmo que ausente na admissão).	I	C
	Classe de recomendação	Nível de evidência									
Qualquer dor ATUAL (vigente na admissão) entre a cicatriz umbilical e a mandíbula.	I	C									
Qualquer dor torácica que tenha durado mais de 10 minutos (mesmo que ausente na admissão).	I	C									

diagnósticos de risco de letalidade (por exemplo, dissecação aguda de aorta).

	Classe de recomendação	Nível de evidência
Paciente assintomático na admissão, mas que apresenta relato de queixa de desconforto epigástrico ou dor em braços ou mandíbula antes da entrada no pronto-socorro.	Ila	C
Equivalentes isquêmicos (por exemplo: dispneia, diaforese e/ou PAS < 90 mmHg) em pacientes acima dos 50 anos de idade e/ou com histórico de diabetes ou doença cardiovascular conhecida (por exemplo, história de infarto, angioplastia e acidente vascular cerebral).	Ila	C
Solicitação após avaliação médica, na ausência dos critérios acima (suspeita médica de síndrome coronariana aguda ou de outras condições potencialmente fatais, como dissecação de aorta).	Ila	C

Fonte: Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025

• **ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR:**

O atendimento pré-hospitalar desempenha papel fundamental na identificação precoce das síndromes coronarianas agudas e de outras condições graves. As diretrizes brasileiras recomendam abordagem imediata, com ênfase no reconhecimento rápido dos sintomas, realização e interpretação célere do eletrocardiograma (ECG), início precoce das medidas terapêuticas indicadas e encaminhamento regulado para unidade de referência, preferencialmente em centros com capacidade de reperfusão. A adoção dessas ações reduz atrasos diagnósticos e contribui para melhor desfecho clínico dos pacientes.

Observação 01:

- Todos os pacientes atendidos com origem domiciliar ou transferidos de outros serviços de saúde, que tenham história de dor torácica, ou sintoma equivalente, de início agudo, são elegíveis para o protocolo de dor torácica.
- Nos casos em que o eletrocardiograma (ECG) for realizado antes da formalização da triagem/classificação de risco, em razão de priorização clínica imediata do paciente, podendo ocasionar resultado negativo no cálculo do tempo porta-ECG, a unidade deverá sinalizar e justificar a ocorrência no Relatório Assistencial mensal, informando quantitativo de casos e descrição sucinta da situação operacional identificada;

Observação 02:

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

Referência:

DE BARROS E SILVA, Pedro Gabriel Melo; SOEIRO, Alexandre de Matos; ORNELAS, Carlos Eduardo; FEITOSA-FILHO, Gilson Soares; LOPES, Renato D.; LINO, Danielli Oliveira da Costa; et al. Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 122, n. 9, p. e20250620, 2025. DOI: 10.36660/abc.20250620.

INDICADOR RELACIONADO AO PROTOCOLO DE SEPSE

3.9 TEMPO MÉDIO ENTRE RECONHECIMENTO CLÍNICO E ADMINISTRAÇÃO DO PRIMEIRO ANTIBIÓTICO EM PACIENTES NO PROTOCOLO DE SEPSE.

Nome	Tempo médio entre reconhecimento clínico e administração do primeiro antibiótico em pacientes no protocolo de Sepsé.
Conceituação	Este indicador mensura o tempo médio, em minutos, entre o reconhecimento clínico da suspeita de Sepsé — caracterizado pelo primeiro atendimento médico com possibilidade de abertura do protocolo institucional — e a administração da primeira dose de antibiótico nos pacientes incluídos no protocolo de sepsé. O indicador avalia a agilidade da linha de cuidado e a capacidade da equipe assistencial em iniciar precocemente a antibioticoterapia.
Importância	A administração precoce de antibióticos é uma das principais medidas para redução da mortalidade associada à sepsé, estando diretamente relacionada à melhora dos desfechos clínicos e à redução da progressão para choque séptico e disfunção orgânica. O monitoramento desse indicador permite avaliar a eficiência do reconhecimento clínico da sepsé, da ativação do protocolo assistencial e da integração entre as equipes multiprofissionais, contribuindo para maior segurança do paciente, qualificação da assistência e melhoria da resposta às situações de urgência e emergência.
Meta	≤ 60 min

Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	Tempo médio, em minutos, entre o primeiro atendimento médico com suspeita clínica de Seps e a administração da primeira dose de antibiótico, calculado pela soma dos tempos individuais dividida pelo número de pacientes incluídos no protocolo de seps. Numerador: Somatório dos tempos, em minutos, entre o horário do primeiro atendimento médico com suspeita clínica de Seps e o horário da administração da primeira dose de antibiótico dos pacientes incluídos no protocolo de seps. Denominador: Número total de pacientes incluídos no protocolo de Seps que receberam a primeira dose de antibiótico no período avaliado. Critério de Inclusão (Numerador/denominador): • Pacientes com suspeita ou diagnóstico de Seps incluídos no protocolo institucional de seps; • Pacientes atendidos na unidade hospitalar; • Pacientes que receberam antibioticoterapia após reconhecimento clínico da seps; • Pacientes com registro válido do horário do primeiro atendimento médico e da administração do primeiro antibiótico. Critério de Exclusão (Numerador/denominador): • Pacientes sem registro válido dos horários assistenciais; • Pacientes transferidos de outra unidade já em uso de antibiótico; • Casos em que o protocolo de seps não foi formalmente acionado; • Pacientes em cuidados paliativos exclusivos no momento da admissão; • Casos pediátricos, quando aplicável protocolo específico para adultos. Observações Técnicas (Urgência e Emergência) - Fluxo assistencial: No ambiente hospitalar, a equipe de triagem/enfermagem é responsável pela identificação precoce de sinais e sintomas sugestivos de seps, aplicação de escalas de rastreio institucionalmente adotadas (qSOFA, NEWS, MEWS, entre outras), registro da suspeita clínica e acionamento imediato da equipe médica. Compete ao médico assistente/plantonista realizar a avaliação clínica do paciente, confirmar ou descartar a suspeita diagnóstica, solicitar exames complementares, definir a conduta terapêutica e formalizar a abertura do protocolo de seps. Conforme recomendações do Instituto Latino-Americano da Seps (ILAS), toda a equipe assistencial deve estar capacitada para reconhecimento precoce da síndrome, visando início oportuno das medidas terapêuticas e redução da morbimortalidade associada à seps. Observação: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência: HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCOR. Protocolo seps. [S.l.]: Associação Beneficente Síría – HCor, 1 maio 2024. p. 1–32. LIMA, A. P. S.; NANGINO, G. O.; SOARES, F. F. R.; XAVIER, J. C.; MARTINS, M. C.; LEITE, A. S. Classificação de risco e tempo porta-antibiótico no paciente com suspeita de seps. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 31, e4065, 2023. DOI: 10.1590/1518-8345.6635.4065.

INDICADORES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA PERINATAL HOSPITALAR

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

Nome	Taxa de Cobertura da Testagem para Sífilis (teste rápido) na Admissão de Gestantes na Maternidade.
Conceituação	Mensura a proporção de gestantes submetidas ao teste rápido treponêmico para sífilis no momento da admissão na unidade hospitalar para parto ou atendimento por abortamento.

Importância	A testagem rápida para sífilis na admissão de gestantes na maternidade constitui uma estratégia fundamental para o diagnóstico oportuno da infecção materna e para a prevenção da sífilis congênita. A realização desse exame no momento da admissão para parto ou atendimento por abortamento possibilita identificar eventuais falhas no rastreamento realizado durante o pré-natal, configurando uma importante oportunidade adicional para diagnóstico e instituição de medidas terapêuticas adequadas. Essa prática está alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde voltadas ao fortalecimento da linha de cuidado materno-infantil e aos princípios da Rede Alyne, ao promover uma atenção integral, contínua e oportuna à saúde da mulher. Ademais, contribui diretamente para as estratégias nacionais de vigilância, controle e eliminação da sífilis congênita, condição evitável quando há diagnóstico e tratamento oportunos da gestante. Sob a perspectiva da gestão, o monitoramento desse indicador permite avaliar a efetividade das ações de rastreamento da sífilis na rede de atenção à saúde, subsidiando ações de vigilância epidemiológica e o aprimoramento da qualidade da assistência obstétrica nas maternidades. Dessa forma, favorece a identificação de fragilidades na assistência pré-natal e hospitalar, contribuindo para o fortalecimento dos processos assistenciais e para a redução de agravos evitáveis relacionados à transmissão vertical da sífilis.
Meta	100% das gestantes testadas na admissão hospitalar.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	Numerador: Número de gestantes submetidas ao teste rápido treponêmico para sífilis no momento da admissão na maternidade para parto, abortamento ou assistência relacionada a natimorto. Critérios de inclusão: - Gestantes admitidas na maternidade para parto (nascido vivo ou natimorto); - Gestantes admitidas para atendimento por abortamento; - Gestantes que realizaram teste rápido treponêmico para sífilis no momento da admissão na unidade hospitalar. Critérios de exclusão: - Gestantes admitidas na maternidade sem possibilidade clínica ou tempo oportuno para realização da testagem, devidamente justificado em prontuário. - Casos em que não houve atendimento assistencial à gestante na unidade (ex.: transferência imediata antes da avaliação). Denominador: Número total de gestantes admitidas na maternidade para parto (nascido vivo ou natimorto) ou atendimento por abortamento no período avaliado. Critérios de inclusão: - Gestantes admitidas na maternidade para parto com nascido vivo; - Gestantes admitidas na maternidade para parto de natimorto; - Gestantes admitidas para atendimento por abortamento. Critérios de Exclusão: - Gestantes transferidas antes da admissão ou sem registro de atendimento obstétrico na unidade; - Casos em que não houve possibilidade de assistência à gestante, devidamente justificado em prontuário (ex.: chegada em estado crítico com necessidade de transferência imediata). Definição: - A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria <i>Treponema pallidum</i> (T. pallidum), e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica, com sequelas irreversíveis em longo prazo; - A sífilis congênita é o resultado da transmissão da espiroqueta de <i>Treponema pallidum</i> da corrente sanguínea da gestante com sífilis para o conceito por via transplacentária ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical); - Os testes rápidos (TR) utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP). - O teste rápido será realizado em todas as admissões, independentemente de testagens prévias durante o pré-natal Testes treponêmicos: - O teste rápido utilizado deve ser de natureza treponêmica, registrado na Anvisa, e aprovado pelo Ministério da Saúde, com metodologia baseada em imunocromatografia de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP®). Deve permitir a leitura em até 30 minutos e ser realizado com sangue total por punção digital ou venosa. Observação 01: O ministério da saúde recomenda o rastreio para HIV e para sífilis em dois momentos do pré-natal: na primeira consulta (idealmente no primeiro trimestre da gestação) e no terceiro trimestre gestacional; além disso, a testagem também é recomendada em situação de violência sexual, no momento do parto, ou em caso de aborto/natimorto, independentemente de testagens anteriores. Definições operacionais:

	- Para fins deste indicador, considera-se abortamento a interrupção da gestação ocorrida antes de 22 semanas completas ou quando o concepto apresenta peso inferior a 500 gramas, independentemente da causa. Essa definição segue os parâmetros utilizados pelo Ministério da Saúde para classificação dos eventos obstétricos e vigilância em saúde. - Para fins deste indicador, considera-se natimorto o concepto que nasce sem sinais de vida após 22 semanas completas de gestação ou com peso igual ou superior a 500 gramas, conforme critérios adotados pelo Ministério da Saúde para classificação de óbito fetal e vigilância em saúde. - Poderão ser registrados como justificativa os casos em que não houve tempo ou possibilidade de assistência à gestante para realização da testagem no momento da admissão, como situações de extrema urgência, parto iminente, instabilidade clínica materna ou transferência imediata para outro serviço, desde que devidamente registrados em prontuário. Observação 02: - Casos em que não houve tempo ou possibilidade de realização da testagem para HIV ou sífilis, como em situações de urgência, parto iminente, instabilidade clínica materna ou transferência imediata para outro serviço, podem ser registrados como justificativas, desde que devidamente registrados no prontuário da gestante. Nestes casos, é essencial que a equipe médica realize a testagem o mais breve possível, após a estabilização da gestante, a fim de evitar a transmissão vertical do HIV e da sífilis. - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência da meta: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais. Portaria SCTIE/MS nº 55, de 11 de novembro de 2020. Atualizado em janeiro de 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Referência: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SCTIE/MS nº 12, de 19 de abril de 2021: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Hélio Angotti Neto. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, 19 abr. 2021. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
--	---

3.11 TAXA DE COBERTURA DA TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV NA ADMISSÃO DE GESTANTES NA MATERNIDADE

Nome	Taxa de Cobertura da Testagem Rápida para HIV na Admissão de Gestantes na Maternidade
Conceituação	Proporção de gestantes admitidas na maternidade para atendimento relacionado ao parto ou abortamento que realizaram testagem rápida para HIV no momento da internação, em relação ao total de gestantes admitidas no mesmo período na unidade de saúde.
Importância	A realização da testagem rápida para HIV no momento da admissão de gestantes na maternidade constitui uma ação estratégica de elevada relevância no âmbito da atenção obstétrica. Essa prática tem como objetivo principal prevenir a transmissão vertical do HIV, possibilitando o diagnóstico oportuno da infecção e a implementação imediata de medidas de profilaxia e manejo clínico adequadas. A oferta da testagem no momento da internação para atendimento relacionado ao parto ou abortamento permite identificar situações em que a testagem não foi realizada ou registrada durante o pré-natal, garantindo uma oportunidade adicional para diagnóstico e intervenção. A identificação precoce da infecção possibilita a adoção tempestiva de medidas previstas nos protocolos clínicos e diretrizes do Ministério da Saúde, como o início ou adequação da terapia antirretroviral, a adoção de condutas obstétricas apropriadas e a implementação de medidas de prevenção da transmissão vertical. Além disso, o monitoramento desse indicador contribui para o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, para a qualificação da atenção materno-infantil e para o aprimoramento contínuo dos processos assistenciais nas maternidades, em consonância com as diretrizes nacionais de cuidado integral à saúde da mulher e da criança.
Meta	100% das gestantes testadas na admissão hospitalar.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	Numerador: Número de gestantes admitidas na maternidade para atendimento relacionado ao parto ou abortamento que realizaram testagem rápida para HIV no momento da internação. Critério de inclusão:

- Gestantes admitidas na maternidade para atendimento relacionado ao parto ou abortamento.
- Gestantes que realizaram testagem rápida para HIV no momento da admissão, independentemente de terem realizado testagem prévia durante o pré-natal.

Critério de exclusão:

- Gestantes transferidas antes da admissão ou sem registro de atendimento obstétrico na unidade;
- Casos em que não houve possibilidade de assistência à gestante, devidamente justificado em prontuário (ex.: chegada em estado crítico com necessidade de transferência imediata).

Denominador: Total de gestantes admitidas para o parto. Critérios de inclusão:

- Gestantes admitidas na maternidade para parto com nascido vivo;
- Gestantes admitidas na maternidade para parto de natimorto;
- Gestantes admitidas para atendimento por abortamento.

Critérios de Exclusão:

- Gestantes transferidas antes da admissão ou sem registro de atendimento obstétrico na unidade;
- Casos em que não houve possibilidade de assistência à gestante, devidamente justificado em prontuário (ex.: chegada em estado crítico com necessidade de transferência imediata).

Observação 01: O ministério da saúde recomenda o rastreio para HIV e para sífilis em dois momentos do pré-natal: na primeira consulta (idealmente no primeiro trimestre da gestação) e no terceiro trimestre gestacional; além disso, a testagem também é recomendada em situação de violência sexual, no momento do parto, ou em caso de aborto/natimorto, independentemente de testagens anteriores.

Observações 02: A realização da testagem rápida para HIV é fundamental para a segurança materno-infantil, uma vez que a ausência de condutas adequadas pode resultar em taxas de transmissão vertical de até 25%, ao passo que, com o manejo apropriado, esse índice pode ser reduzido para menos de 1%. Além disso, este indicador constitui um parâmetro relevante para o monitoramento da qualidade da atenção ao parto, refletindo a efetividade dos processos de triagem, acolhimento e rastreamento de agravos realizados pela equipe de saúde no momento da admissão hospitalar. Dessa forma, a taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes será considerada um indicador de desempenho e qualidade no presente Contrato de Gestão, devendo ser monitorada regularmente, conforme os critérios pactuados e em consonância com as diretrizes da Rede Alyne, da Política Nacional de Humanização e do Plano Estadual de Saúde.

Definições operacionais:

- Para fins deste indicador, considera-se abortamento a interrupção da gestação ocorrida antes de 22 semanas completas ou quando o conceito apresenta peso inferior a 500 gramas, independentemente da causa. Essa definição segue os parâmetros utilizados pelo Ministério da Saúde para classificação dos eventos obstétricos e vigilância em saúde.
- Para fins deste indicador, considera-se natimorto o conceito que nasce sem sinais de vida após 22 semanas completas de gestação ou com peso igual ou superior a 500 gramas, conforme critérios adotados pelo Ministério da Saúde para classificação de óbito fetal e vigilância em saúde.
- Poderão ser registrados como justificativa os casos em que não houve tempo ou possibilidade de assistência à gestante para realização da testagem no momento da admissão, como situações de extrema urgência, parto iminente, instabilidade clínica materna ou transferência imediata para outro serviço, desde que devidamente registrados em prontuário.

Observação 03:

- Casos em que não houve tempo ou possibilidade de realização da testagem para HIV ou sífilis, como em situações de urgência, parto iminente, instabilidade clínica materna ou transferência imediata para outro serviço, podem ser registrados como justificativas, desde que devidamente registrados no prontuário da gestante. Nestes casos, é essencial que a equipe médica realize a testagem o mais breve possível, após a estabilização da gestante, a fim de evitar a transmissão vertical do HIV e da sífilis.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

Referências da Meta:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais. Portaria SCTIE/MS nº 55, de 11 de novembro de 2020. Atualizado em janeiro de 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

Referência:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE. Nota Técnica nº 6/2024-CGIST/DATHI/SVSA/MS. [S. l.], 18 abr. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SCTIE/MS nº 12, de 19 de abril de 2021: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Hélio Angotti Neto. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, 19 abr. 2021.

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

Nome	Percentual de Gestantes com Sífilis Diagnosticada no Parto que Iniciaram Tratamento, Junto com o Recém-Nascido, durante a Internação Hospitalar
Conceituação	Avalia a proporção de gestantes com diagnóstico de sífilis realizado no momento do parto que iniciaram o tratamento, juntamente com o recém-nascido (rn), ainda durante a internação hospitalar, conforme protocolos assistenciais.
Importância	A realização do tratamento da gestante diagnosticada com sífilis no parto, juntamente com o recém-nascido durante a internação hospitalar, reduz o risco de sífilis congênita, com impactos diretos na morbimortalidade neonatal. Esse cuidado oportuno também permite monitorar a qualidade da assistência prestada no parto e no pós-parto imediato, além de garantir o início do cuidado integral conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Ademais, possibilita a identificação de falhas assistenciais e de fluxo, especialmente nos casos detectados tardiamente.
Meta	100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento iniciado durante o internamento hospitalar.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	Numerador: Número de gestantes com diagnóstico de sífilis no momento do parto que iniciaram o tratamento na internação hospitalar junto com o RN. Crítérios de inclusão: - Gestantes diagnosticadas com sífilis no momento do parto, através de teste rápido, VDRL ou outro exame sorológico; - Gestantes que iniciaram o tratamento na internação hospitalar, com esquema terapêutico adequado conforme protocolo do Ministério da Saúde; - Recém-nascidos que também iniciaram o tratamento durante a internação, conforme o protocolo clínico baseado na avaliação neonatal. Crítérios de Exclusão: - Gestantes diagnosticadas no parto que não iniciaram o tratamento na maternidade; - Casos em que apenas o recém-nascido foi tratado, mas a mãe não recebeu medicação; - Tratamentos iniciados após a alta hospitalar. Denominador: Número total de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o parto, independentemente do início do tratamento. Crítérios de inclusão: - Gestantes admitidas na maternidade para parto com nascido vivo; - Gestantes admitidas na maternidade para parto de natimorto; - Gestantes admitidas para atendimento por abortamento. Crítérios de Exclusão: - Gestantes já diagnosticadas e tratadas durante o pré-natal (não se enquadram no diagnóstico “no parto”); - Partos ocorridos fora da unidade hospitalar avaliada (exemplo: transferências externas ou domicílios, se não houver confirmação da testagem e conduta na unidade). Observações 01: - Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico), independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis. Observação 02: - O registro da administração da medicação deve ser realizado formalmente no prontuário da dupla mãe-RN, ou em ficha espelho específica, contendo obrigatoriamente a data e a hora em que a medicação foi administrada, além da identificação do profissional responsável pela aplicação. Esse registro deve ser legível, datado e assinado, garantindo a rastreabilidade e a segurança do procedimento. Observação 03: - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento

	de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência da meta: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SCTIE/MS nº 12, de 19 de abril de 2021: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Hélio Angotti Neto. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, 19 abr. 2021.
--	---

3.13 PROPORÇÃO DE PARTOS INSTRUMENTALIZADOS COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA REGISTRADA

Nome	Proporção de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clínica Registrada
Conceituação	Percentual de partos vaginais que foram instrumentalizados (fórceps ou vácuo-extrator), com registro de justificativa clínica documentada no prontuário.
Importância	A utilização deste indicador tem como finalidade avaliar a qualidade e a segurança da assistência obstétrica no âmbito da maternidade, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde. Seu monitoramento estimula o uso ético, responsável e baseado em evidências científicas de instrumentos obstétricos, como o fórceps e o vácuo-extrator, conforme preconizado pela Portaria MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Alyne, e pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). A exigência de justificativa clínica devidamente registrada no prontuário reduz o risco de intervenções desnecessárias e complicações maternas e neonatais, como lacerações, hemorragias e traumas cranianos. O uso indiscriminado desses dispositivos, sem respaldo técnico, pode configurar violação dos princípios de segurança assistencial, sendo incompatível com os preceitos de uma atenção obstétrica segura e qualificada. Dessa forma, a documentação da indicação clínica atua como ferramenta de proteção à integridade física da gestante e do recém-nascido. Além disso, o registro adequado da justificativa para o uso de parto instrumental fortalece a transparência do cuidado, a segurança jurídica da equipe assistencial e a qualidade das informações em saúde, sendo um critério fundamental em auditorias clínicas e avaliações de desempenho institucional. Tais práticas estão em conformidade com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.298/2004, que reforça o direito ao consentimento informado, o protagonismo da mulher e o respeito às decisões no processo de parto e nascimento. Ademais, esse indicador constitui um instrumento estratégico de gestão e qualificação da atenção obstétrica, permitindo o acompanhamento contínuo das condutas clínicas, a identificação de desvios de prática, a definição de ações corretivas, bem como a implementação de processos formativos voltados à educação permanente das equipes multiprofissionais. Dessa forma, a adoção e o monitoramento sistemático deste indicador no contrato de gestão reforçam o compromisso institucional com a humanização, a segurança e a legalidade da assistência obstétrica, consolidando a cultura da qualidade e da responsabilidade sanitária no âmbito do SUS.
Meta	Registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentalizados.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x 100
Definição	Numerador: Número de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada. Denominador: Total de partos instrumentalizados realizados Critérios de Inclusão: - Partos vaginais assistidos com fórceps ou vácuo-extrator, com justificativa clínica documentada (ex: sofrimento fetal agudo, necessidade de abreviar expulsivo, distócia de rotação); - Registro deve constar no prontuário da parturiente (evolução médica ou campo específico). Critérios Exclusão: - Instrumentalizações sem justificativa clínica descrita; - Registros incompletos, vagos ou com justificativas não técnicas (ex: “conduta da equipe”, “rotina”); - Abortamentos ou partos com feto natimorto < 500g ou < 22 semanas. Definições: Fórceps: Instrumento obstétrico utilizado para auxiliar no parto vaginal, especialmente em situações em que há dificuldade na progressão do feto durante a fase final do trabalho de parto. Consiste em duas hastes metálicas com formato anatômico que são posicionadas ao redor da cabeça do bebê, permitindo sua tração controlada para facilitar o nascimento. Vácuo-extrator (ventosa obstétrica): Instrumento utilizado para auxiliar o parto vaginal por meio da aplicação de uma ventosa na parte posterior da cabeça do bebê, conectada a um sistema de vácuo. Sua tração controlada permite a saída fetal. Atenção: O parto instrumentalizado deve ser evitado, sendo indicado apenas quando houver justificativa clínica precisa, como sofrimento fetal agudo ou necessidade de abreviar o período

expulsivo, conforme diretrizes do Ministério da Saúde. Entre os instrumentos disponíveis, a escolha entre fórceps e vácuo-extrator deve considerar a experiência da equipe e as condições clínicas da mãe e do recém-nascido. O uso sem critério técnico pode configurar violência obstétrica e comprometer a segurança materno-infantil.(BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, 2016).

Descrição do Procedimento:

Indicações para uso de fórceps e vácuo-extrator

- Maternas:
 - Abreviação do período expulsivo (exaustão materna, esforços expulsivos maternos insuficientes);
 - Doenças e/ou condições maternas em que se evita o esforço no período expulsivo (cardiopatias, pneumopatias e cesárea prévia).
- Fetais:
 - Suspeita de sofrimento fetal no período expulsivo;
 - Distocias de rotação;
- **Contraindicações para uso de fórceps ou vácuo-extrator:**
 - Desproporção cefalopélvica;
 - Feto morto; ou Idade gestacional inferior a 37 semanas;
 - Anomalias cranianas fetais, como hidrocefalia, anencefalia, etc.
 - Ausência de consentimento da parturiente.

Documentação obrigatória descritiva após o parto:

- Indicação para o procedimento e diagnóstico pré-operatório
- Estado fetal (posição, valor do batimento cardíaco fetal, altura da apresentação, idade gestacional e critérios de aplicabilidade)
- Descrição da discussão com a paciente/acompanhante
- Diagnóstico pós operatório com dados do parto
- Descrição do procedimento em si incluindo:
 - Tipo de anestesia, tipo de vácuo utilizado, pressão negativa máxima utilizada, tempo total do procedimento, número de trações realizadas, ocorrência de lacerações, realização ou não de episiotomia.

Descrição do relatório: O relatório da maternidade, a ser enviado à Secretaria Estadual de Saúde (SES) juntamente com a transmissão do SIMAS, deve conter informações detalhadas sobre o número de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada no período de referência. É imprescindível que o documento apresente, para cada procedimento realizado, a justificativa clínica devidamente documentada no prontuário, comprovando que o parto instrumentalizado foi conduzido de forma criteriosa, com respaldo técnico-científico e respeito à autonomia da mulher.

Além disso, a justificativa clínica deve evidenciar a necessidade real do procedimento, com base em evidências científicas ou protocolos institucionais vigentes. Tais informações são fundamentais para a qualificação da assistência obstétrica, assegurando que as práticas estejam em conformidade com as diretrizes da Rede Alyné e da Política Nacional de Humanização (PNH). Isso contribui diretamente para o monitoramento efetivo do indicador e para o cumprimento das metas pactuadas com a gestão estadual.

Observação:

- A CONTRATADA deverá encaminhar, mensalmente, relatório complementar contendo informações detalhadas que não são automaticamente extraídas pelo sistema SIMAS, tais como o número de partos instrumentalizados realizados e suas respectivas justificativas clínicas documentadas, conforme critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES).
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

Referências:

BRASIL, Ministério da Saúde. DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL. Ministério da Saúde, [S. l.], p. 1-119, 1 jan. 2022.

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists. Operative Vaginal Delivery: ACOG Practice Bulletin No. 219. Obstetrics & Gynecology, v. 135, n. 1, p. e56–e65, Jan. 2020.

ASSOCIAÇÃO ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Parto assistido por fórceps. 2022. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Parto-Forceps.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2025.

3.14 PROPORÇÃO DE EPISIOTOMIAS REALIZADAS COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA DOCUMENTADA

Nome	Proporção de episiotomias realizadas com justificativa clínica documentada.
------	---

Conceituação	Este indicador mede a quantidade de episiotomias realizadas durante partos vaginais em que há registro claro e documentado da justificativa clínica para a realização do procedimento.
Importância	Trata-se de um indicador de grande relevância para a qualificação da assistência obstétrica, refletindo o compromisso da instituição de saúde com práticas baseadas em evidências, o respeito aos direitos da mulher e a promoção de um parto humanizado. A episiotomia, historicamente realizada de forma rotineira, é atualmente reconhecida como uma intervenção que deve ser limitada a situações com indicação clínica bem definida. Essa orientação é respaldada por organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Rede Alyne e a Política Nacional de Humanização (PNH). Nesse contexto, o indicador visa fomentar a adoção de boas práticas obstétricas ao promover a redução do uso indiscriminado e não justificado da episiotomia, alinhando-se às diretrizes nacionais e internacionais voltadas para a segurança e a qualidade da atenção ao parto.
Meta	Justificativa clínica documentada em 100% das episiotomias realizadas.
Método de Cálculo	Envio da Informação
Definição	Descrição: O relatório da maternidade a ser enviado à Secretaria Estadual de Saúde (SES), anexo à transmissão do SIMAS, deve conter informações detalhadas sobre o número de episiotomias realizadas no período de referência, com justificativa clínica documentada para cada procedimento. É fundamental que o relatório comprove que a episiotomia foi realizada de forma criteriosa, com justificativa clínica válida, como nos casos de sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, parto operatório iminente com risco materno ou fetal, entre outras situações previstas em protocolos institucionais ou diretrizes clínicas reconhecidas. A justificativa deverá estar documentada em prontuário por meio de nota evolutiva do profissional responsável, contendo data, hora, indicação clínica e decisão compartilhada com a parturiente sempre que possível, garantindo a rastreabilidade e o respeito à autonomia da mulher conforme preconizado pelas políticas públicas de humanização do parto. Definições: Episiotomia: Incisão cirúrgica na região do períneo realizada durante o parto, antes da saída do bebê, com o objetivo de ampliar o canal de parto. Justificativa clínica: Registro médico claro que justifique a necessidade da episiotomia com base em critérios clínicos. Observações: - Do ponto de vista da gestão hospitalar, o acompanhamento deste indicador permite identificar eventuais desvios de conduta profissional, práticas desatualizadas ou falhas no processo de registro clínico. Seu monitoramento sistemático é uma ferramenta estratégica para qualificação da assistência, fortalecimento da segurança do paciente e promoção de práticas obstétricas centradas na mulher, além de contribuir com a conformidade institucional frente às políticas públicas de saúde. - Adicionalmente, os dados produzidos por este indicador podem subsidiar ações de educação permanente, auditorias clínicas, revisões de protocolo e elaboração de planos de melhoria contínua. Dessa forma, ele se configura como um importante instrumento para o aprimoramento da qualidade da assistência obstétrica no âmbito do SUS e na gestão de serviços vinculados à Rede Alyne. - A CONTRATADA deverá encaminhar, mensalmente, relatório complementar contendo informações detalhadas que não são automaticamente extraídas pelo sistema SIMAS, tais como o número de episiotomias realizadas e suas respectivas justificativas clínicas documentadas, conforme critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES). - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referências: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil); SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. [S. l.], 14 fev. 2017. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento. [S. l.]: Ministério da Saúde, v. 4, p. 1-467, 1 jan. 2014.

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

Nome	Proporção de Recém-nascidos Elegíveis Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B
Conceituação	Proporção de recém-nascidos (RN) elegíveis que receberam a primeira dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24 horas após o nascimento, em relação ao total de nascidos vivos elegíveis no mesmo período, na unidade de saúde.
Importância	A aplicação da primeira dose da vacina contra hepatite B em recém-nascidos nas primeiras 24 horas de vida constitui uma ação estratégica fundamental para a prevenção da transmissão vertical do

	vírus, especialmente durante o parto. A vacinação precoce reduz significativamente o risco de infecção crônica, complicações hepáticas graves e doenças como cirrose e câncer de fígado ao longo da vida. Esse indicador reflete a capacidade da unidade de saúde em assegurar uma assistência neonatal segura, oportuna e de qualidade, em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). O acompanhamento sistemático da proporção de recém-nascidos vacinados até 24 horas de vida permite monitorar o desempenho das práticas de imunização, identificar falhas operacionais nos fluxos assistenciais e orientar ações corretivas voltadas à qualificação da atenção perinatal, contribuindo para o cumprimento das metas pactuadas no âmbito da gestão contratual.
Meta	Alcançar 100% dos recém-nascidos elegíveis vacinados nas primeiras 24 horas.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	(Número de recém-nascidos aptos vacinados com a 1ª dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24h ÷ Número total de nascidos vivos aptos no período) × 100 Numerador: Número de recém-nascidos elegíveis vacinados com a 1ª dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24h. Denominador: Número total de recém-nascidos elegíveis nascidos vivos no período. Critério de Inclusão: - Total de recém-nascidos vivos aptos à vacinação, nascidos na unidade de saúde no período avaliado. Critério de Exclusão: - RN com imunodeficiência congênita ou adquirida; - RN com neoplasia maligna, em tratamento com corticosteróides em dose imunossupressora e em outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia, radioterapia, etc.); - Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida; - Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; - Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; - Contraindicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de vida, devidamente registrada no prontuário do paciente e consolidada em relatório gerencial mensal, com apresentação de justificativa técnica e comprovação documental. Observação 01: Prematuridade e baixo peso: Em casos de prematuridade e baixo peso, o médico deve avaliar o momento ideal da vacinação. Observação 02: - RN que necessitam receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados – não vacine com vacinas de agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e até 90 dias após o uso daqueles produtos. - RN que apresentam doença febril grave – não vacine até a resolução do quadro, para que os sinais e sintomas da doença não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos relacionados à vacina. SITUAÇÕES ESPECIAIS - São situações que devem ser avaliadas em suas particularidades para a indicação ou não da vacinação: - Usuários que fazem uso de terapia com corticosteróides devem ser vacinados com intervalo de, pelo menos, três meses após a suspensão da droga. Observação 03: Para fins de cálculo, devem ser considerados apenas os RNs elegíveis à vacinação. Consideram-se elegíveis aqueles que atendam aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para vacinação. Quando houver diferença entre o número total de nascidos vivos e o número de RNs elegíveis no período, deverá ser apresentada justificativa para os casos considerados não aptos. NOTAS: - É considerada imunossupressora a dose superior a 2 mg/kg/dia de prednisona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/kg/dia para adultos por tempo superior a 14 dias. - Doses inferiores às citadas, mesmo por período prolongado, não constituem contraindicação. - O uso de corticoides por via inalatória ou tópicos ou em esquemas de altas doses em curta duração (menor do que 14 dias) não constitui contraindicação de vacinação. Observação 04: O Ministério da Saúde recomenda que a vacina contra hepatite B seja administrada em recém-nascidos preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, ainda na maternidade, como estratégia fundamental para a prevenção da transmissão vertical da doença, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações – PNI (Brasil, Ministério da Saúde, Nota Técnica nº 108/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS). Observação 05: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência

	BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS HEPATITE B E COINFECÇÕES. PORTARIA SECTICS/MS Nº 25, DE 18 DE MAIO DE 2023, [S. l.], p. 1-104, 18 maio 2023. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. 1. ed. — Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p. ISBN 978-85-334-2164-6. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 04 jul. 2025.
--	---

3.16 PROPORÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS VACINADOS COM A VACINA BCG

Nome	Proporção de Recém-nascidos Vacinados com a Vacina BCG
Conceituação	Refere-se à porcentagem de recém-nascidos (RN) que receberam a vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) em relação ao total de nascimentos ocorridos no período.
Importância	Este indicador está diretamente relacionado à proteção da saúde infantil e à prevenção de formas graves da tuberculose em crianças, como a tuberculose meníngea (afetando o sistema nervoso central) e a tuberculose miliar (forma disseminada da doença). Essas formas podem ser fatais ou deixar sequelas severas se não forem tratadas rapidamente. A proporção de RN vacinados com a vacina BCG também serve como um indicador da cobertura vacinal de um país ou região. Uma alta proporção de RN vacinados sugere que o sistema de saúde está conseguindo atingir a maior parte das crianças com as vacinas necessárias, especialmente em áreas onde a tuberculose é mais prevalente.
Meta	100% dos recém-nascidos vacinados.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	Numerador: Número de recém-nascidos vacinados com BCG (é a quantidade de recém-nascidos que receberam a vacina BCG no período). Denominador: Número de recém-nascidos vivos com peso ≥ 2kg, sem contraindicações e que permaneceram por pelo menos 24h na unidade. Critério de Inclusão: - Recém-nascidos vivos com peso ≥ 2kg, sem contraindicações clínicas ou imunológicas, que permaneceram ao menos 24 horas na unidade hospitalar; - Apenas recém-nascidos que nasceram vivos e foram registrados como nascimentos válidos. Crítérios de Exclusão: - Recém-nascidos de mães que usaram medicamentos que possam causar imunossupressão do feto durante a gestação; - Recém-nascidos imunocomprometidos, como aqueles infectados pelo HIV; - Prematuros com menos de 2 kg de peso; - Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos; - Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida; - Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; - Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; - Contraindicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de vida, devidamente registrada no prontuário do paciente e consolidada em relatório gerencial mensal, com apresentação de justificativa técnica e comprovação documental. Observação 01: - A vacina BCG está contraindicada em recém-nascidos com peso inferior a 2 kg. Nesses casos, a vacinação deve ser adiada até que o bebê atinja peso igual ou superior a 2 kg. - A BCG deve ser aplicada nas primeiras horas de vida, preferencialmente nas primeiras 12 horas, sempre que possível. Observação 02: - Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos deverão ser vacinados somente após o tratamento da infecção latente da tuberculose ou da quimioprofilaxia. - Usuários infectados pelo HIV precisam de proteção especial contra as doenças imunopreveníveis, mas é necessário avaliar cada caso, considerando-se que há grande heterogeneidade de situações, desde o soropositivo (portador assintomático) até o imunodeprimido, com a doença instalada. Observação 03:

	1. Recém-nascidos que necessitam receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados – não vacine com vacinas de agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e até 90 dias após o uso daqueles produtos. 2. Recém-nascidos que apresentam doença febril grave – não vacine até a resolução do quadro, para que os sinais e sintomas da doença não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos relacionados à vacina. SITUAÇÕES ESPECIAIS: São situações que devem ser avaliadas em suas particularidades para a indicação ou não da vacinação: • Usuários que fazem uso de terapia com corticosteróides devem ser vacinados com intervalo de, pelo menos, três meses após a suspensão da droga. NOTAS: • É considerada imunossupressora a dose superior a 2 mg/kg/dia de prednisona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/kg/dia para adultos por tempo superior a 14 dias. • Doses inferiores às citadas, mesmo por período prolongado, não constituem contraindicação. • O uso de corticoides por via inalatória ou tópicos ou em esquemas de altas doses em curta duração (menor do que 14 dias) não constitui contraindicação de vacinação. Observação 04: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2024. Vacina BCG, [S. l.], p. 1-18, 1 jan. 2024.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. 1. ed. — Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p. ISBN 978-85-334-2164-6. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 04 jul. 2025.
--	--

INDICADORES RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR

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

Nome	Taxa de Cancelamento de Cirurgias Eletivas por Motivação Alheia ao Paciente.
Conceituação	Número de cirurgias eletivas agendadas que foram canceladas por motivos não relacionados à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal no período.
Importância	É um indicador fundamental para a avaliação da eficiência operacional e da qualidade da gestão hospitalar. Cancelamentos por causas não relacionadas à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal — como ausência de profissionais da equipe cirúrgica, falta de insumos, falhas de agendamento ou indisponibilidade de sala operatória — revelam falhas nos processos internos da unidade e comprometem a produtividade do centro cirúrgico, área de alto custo e complexidade. Além disso, tais cancelamentos impactam negativamente a experiência do paciente, gerando frustração, insegurança e, em alguns casos, atrasos no tratamento que podem agravar o quadro clínico. O monitoramento sistemático deste indicador permite identificar causas evitáveis, subsidiar a adoção de medidas corretivas e otimizar o uso dos recursos disponíveis, promovendo maior resolutividade e eficiência. Por fim, esse indicador também possui relevância estratégica dentro dos contratos de gestão, podendo ser utilizado como parâmetro para avaliação de desempenho institucional e como base para ajustes na gestão assistencial e administrativa da unidade.
Método de Cálculo	Não é aplicável. Envio mensal do relatório.
Definição	Para fins deste contrato, consideram-se motivações alheias ao paciente, e, portanto, de responsabilidade da CONTRATADA, as seguintes causas: • Ausência de profissional da equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista ou equipe de enfermagem de apoio); • Falta de insumos, materiais médico-hospitalares ou medicamentos necessários à realização do procedimento; • Indisponibilidade de sala cirúrgica por falha de gestão de agenda ou superlotação evitável; • Inoperância de equipamentos cirúrgicos ou de apoio essenciais à realização do ato cirúrgico (por omissão da gestão da unidade); • Interdições administrativas ou sanitárias decorrentes de não conformidades sob responsabilidade da CONTRATADA; • Falhas de agendamento, erro de planejamento ou duplicidade de marcação; • Ausência de autorização administrativa interna prévia necessária para a execução do procedimento. Observação 01:

	- A CONTRATADA deverá apresentar, nos relatórios de desempenho, a consolidação dos dados referentes a este indicador, incluindo justificativas detalhadas para cada cancelamento ocorrido por motivo alheio ao paciente, acompanhadas das medidas corretivas adotadas. - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referências: SANTOS, G. A. A. C.; BOCCHI, S. C. M. Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 6, p. 2736–2742, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/BXvqtZW4ttnryHSC6FJSmy/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 7 jul. 2025. Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital escola: causas e estatísticas. Enfermería Global, n. 59, jul. 2020. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-286.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ry/. Acesso em: 7 jul. 2025.
--	---

INDICADOR RELACIONADO À VIGILÂNCIA DO ÓBITO

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

Nome	Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais (>=24h).
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos institucionais que ocorreram após, no mínimo, 24 horas da admissão hospitalar e que foram devidamente revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, em um determinado mês, e o total de óbitos institucionais com 24 horas ou mais de internação ocorridos no mesmo período. Esse indicador permite avaliar o grau de cumprimento da rotina institucional de análise sistemática de óbitos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da segurança da assistência prestada.
Importância	O aludido indicador busca certificar que os óbitos foram revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, apresentando maior qualidade ao processo ao qual o paciente foi submetido. Trata-se de um indicador essencial para avaliar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde prestados dentro da instituição. Essa taxa refere-se à revisão e análise de óbitos que ocorrem após 24 horas de internação, ou seja, aqueles que não são mortes imediatas, mas que ocorreram dentro do hospital após um período de observação e cuidado.
Meta	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	Numerador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais) revisados, no mês. Denominador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais), em um mês. Crítérios de Inclusão: - Apenas óbitos ocorridos dentro da instituição. Crítérios de Exclusão: - Óbitos com menos de 24h de internação; - Pacientes transferidos com evolução final em outra instituição. Público-alvo: Pacientes internados em hospitais. Observação 01: O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente no hospital, incluindo, portanto, o tempo permanecido na unidade de urgência e emergência. Observação 02: A apresentação mensal de resultados deve incluir relatório total dos óbitos, detalhando quantos e quais destes foram revisados pela comissão de prontuário e análises de óbitos. Observação 03: A revisão de óbito é o processo rotineiro e sistemático de avaliação dos óbitos ocorridos em uma unidade de saúde, com o objetivo de verificar se as informações estão completas, se os protocolos assistenciais foram seguidos e se há necessidade de alguma ação corretiva ou de melhoria. Observação 04: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de

	Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência da Meta: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. E-EFT-02. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1–7.
--	---

3.20 PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS

Nome	Proporção de Óbitos Maternos Investigados
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos maternos investigados no período, e o número de total de óbitos maternos no mesmo período.
Importância	A investigação dos óbitos maternos permite identificar se as mortes poderiam ter sido evitadas com uma melhor intervenção. Muitas mortes maternas são preveníveis com cuidados adequados durante a gestação, parto e pós-parto. Ao investigar cada caso, é possível identificar falhas no sistema de saúde.
Meta	Investigar 100% dos óbitos maternos.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	Numerador: Número de óbitos maternos investigados, no mês. Critério de Inclusão: - Todos os óbitos de mulheres, com idade entre 10 e 49 anos, cuja causa básica esteja classificada como óbito materno (CID-10: O00-O99) e que tenham sido devidamente investigados no mês de referência, conforme os protocolos vigentes. Critérios de Exclusão: Não se aplica. Denominador: Número Total de Óbitos Maternos: Total de falecimentos de mulheres por causas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto) no período analisado. Critério de Inclusão: - Incluem-se todos os óbitos que ocorreram durante a gestação, no parto ou até 42 dias após o parto (puerpério), sendo definidos como óbitos maternos de acordo com as normas internacionais. Critérios de Exclusão: - Óbitos de mulheres que ocorreram após 42 dias do parto (não mais considerados óbitos maternos). Observação 01: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Série A. Normas e Manuais Técnicos. I.], p. 5-83, 1 dez. 2009.

3.21 PROPORÇÃO DE ÓBITOS FETAIS ANALISADOS

Nome	Proporção de Óbitos Fetais Analisados
Conceituação	Proporção da quantidade de óbitos fetais, que são analisados em relação ao total de óbitos fetais registrados em um determinado período.
Importância	A importância da Proporção de Óbitos Fetais Analisados, está diretamente relacionada à melhoria da saúde materno-infantil e à prevenção de mortes fetais futuras. A análise dessa proporção ajuda a entender melhor as causas dos óbitos e proporciona dados cruciais para a implementação de políticas públicas e a melhoria da qualidade do atendimento obstétrico.
Meta	Analisar 100% dos óbitos fetais.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	Numerador: Número de Óbitos Fetais Analisados - Refere-se à quantidade de óbitos fetais para os quais foi realizada uma investigação formal (como autópsia fetal, exames clínicos, etc.).

	Denominador: Número Total de Óbitos Fetais - É o total de óbitos fetais registrados no período, independentemente de terem sido ou não analisados. Crítérios de Inclusão: • Óbito fetal ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias; • Fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm. Crítérios de Exclusão: • Óbitos fetais ocorridos antes da 22ª semana de gestação; • Óbitos fetais de gestações múltiplas; • Óbitos fetais por causas externas. Descrição: Óbito fetal: É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais. Observação 01: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Série A. Normas e Manuais Técnicos, [S. l.], p. 5-83, 1 jan. 2009.
--	--

INDICADOR RELACIONADO À ATENÇÃO AO USUÁRIO

3.22 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Nome	Satisfação do Usuário.
Conceituação	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares com melhora clínica, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente
Importância	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
Meta	Resultado igual ou superior a 90,0%.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<u>Índice de Satisfação (90%)</u> Numerador: Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período. 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 de alta hospitalar após melhora do quadro clínico e consultas ambulatoriais. b) Denominador: Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica + número de consultas ambulatoriais realizadas no mesmo período. Crítérios de inclusão: • Todos os usuários do sistema. (pacientes e acompanhantes). Crítérios de Exclusão: • Pesquisas com respostas consideradas negativas. Observações 01: • A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que utilizam os serviços da unidade constitui uma ferramenta essencial de gestão, permitindo identificar expectativas, detectar falhas e promover melhorias contínuas na qualidade do atendimento prestado. • Essa avaliação será realizada por meio de Pesquisa de Satisfação Padronizada, elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e aplicada pela CONTRATADA. Para tanto, a CONTRATADA deverá disponibilizar ao público um dispositivo com interface amigável e

acessível, permitindo que o próprio usuário ou acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente os sistemas informatizados utilizados.

Interpretações:

Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%): A amostragem mínima a ser contemplada pela pesquisa corresponderá a, no mínimo, 10% do total de atendimentos ambulatoriais e altas hospitalar após melhora do quadro realizados no período - conforme cálculo denominado como “Índice de realização de pesquisas relacionadas ao atendimento”, abrangendo tanto os usuários que receberam atendimento quanto seus acompanhantes. A coleta de dados deverá ser, preferencialmente, anônima, a fim de garantir a liberdade e espontaneidade das respostas.

O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10% dos atendimentos ambulatoriais e altas melhoradas) resultará na atribuição de pontuação zero ao indicador no Índice Global de Qualidade.

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

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

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco SES/PE Nome da OSS que administra	PESQUISA DE SATISFAÇÃO Sua opinião é muito importante para melhorarmos nosso atendimento!	DATA: ____/____/____			
UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____					
Qual sua opinião sobre o atendimento prestado, com relação aos itens listados abaixo?	Marque com um "X" a alternativa mais próxima à sua opinião				
	Ótimo (3 pontos)	Bom (2 pontos)	Regular (1 ponto)	Ruim (0 pontos)	Muito ruim (0 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					

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

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

3.23 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.
Meta	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
	Numerador: Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período. Denominador: Número total de queixas recebidas no mesmo período. Critérios de inclusão: - Período de análise compatível: Apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (exemplo: mensal, trimestral, anual). Critérios de Exclusão: - Não se aplica Observações 01:

Definição	- 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. Interpretações: CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão; SIMAS: Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais; Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018. A CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas às queixas registradas: Pertinência da Resposta A resposta deve abordar de forma direta e clara o conteúdo da queixa registrada. Deve demonstrar entendimento correto da demanda apresentada pelo autor da queixa. 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 (exemplo: 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. Observação: - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referências: BRASIL. Lei estadual nº 16.420, de 2018. [S. l.]: Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, 2018. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Programa de Qualificação de Operadoras: fichas técnicas dos indicadores. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-atualizadas-0708-pdf. Acesso em: 7 jul. 2025. BRASIL. Taxa de Resolutividade (TR) – Portal de Dados Abertos. Disponível em: https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/taxa-de-resolutividade-tr. Acesso em: 7 jul. 2025.
-----------	---

INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA

3.24 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.
Meta	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.
Método de Cálculo	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.
Definição	Observação 01: - A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir as informações no Portal de Transparência e encaminhar relatório contendo tais inserções, subsequente à prestação do serviço. - A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, com base na normativa pertinente à matéria. As informações citadas devem ser inseridas em seu portal da transparência, com a periodicidade instituída em lei. Insta destacar que embora a postagem das informações de transparência em sítio eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral. Observação 02: - A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES. Referências: TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 68, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 117, de 15 de dezembro de 2020. Recife: TCE/PE, 2020. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 154, de 15 de dezembro de 2021. Recife: TCE/PE, 2021. BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil). Recomendação n.º 07/2017. IC n.º 1.26.000.000983/2017-79. Brasília, DF, 2017. PERNAMBUCO. Secretaria da Controladoria-Geral do Estado; Secretaria de Saúde. Caderno de Transparência das Organizações Sociais de Saúde. Recife: SCGE/SES-PE, [s.d.].

Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência

UNIDADE:		DATA:	FICHA DE AVALIAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA	
TRIMESTRE:	INFORMAÇÃO	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		
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 CONTÁBIL E PARECERES	1. Demonstrações Contábeis	Atualizado		
	2. Pareceres	Atualizado		
13. REPASSES RECEBIDOS	1. Repasses recebidos e descontos	Atualizado		
	2. Contas	Atualizado		
14. CONTRATAÇÕES	3. Contratos	Atualizado		
	3.1 Obras	Atualizado		
	3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado		
	3.2 Serviços	Atualizado		
	3.2.1 Contratos - serviços: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado		
	3.3 Aquisição de Bens	Atualizado		
	3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado		
15. RECURSO HUMANO	1. Regulamento para recrutamento de pessoal	Atualizado		
	2. Servidores públicos cedidos	Atualizado		
16. BENS PÚBLICOS	1. Relatório dos bens públicos	Atualizado		
	2. Atendimento Eletrônico	Atualizado		
17. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - BIC	1. Atendimento Presencial	Atualizado		
	3. Relatório Estatístico - PNI	Atualizado		

PONTUAÇÃO		LEGENDA	
Nr	NÍVEL	INTERVALO %	
01	DESEJADO	100%	
02	MODERADO	75,01% - 99,99%	
03	INTERMEDIÁRIO	50,01% - 75,00%	
04	INSUFICIENTE	25,01% - 50,00%	
05	CRÍTICO	0,00% - 25,00%	

ASSINATURA	NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA:	100,00%	DESEJADO
Atualizados: 47			
Desatualizados: 0			
Incompletos: 0			
Inexistentes: 0			

Fundamentação Legal

- Lei Federal nº 12.527/2011;
- Recomendação do Ministério Público Federal - MPF nº07/2017 - IC nº1.26.000.000963/2017-79;
- Resoluções do TCE/PE nº 117 de 19 Dez 2020 e nº 154 de 19 Dez 2021;
- Lei Estadual nº 15.210/2013

3.25 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	Alcançar de 90,0% a 100% das ações de educação na saúde programadas para o período.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	Numerador: Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente. Denominador: Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente. Critérios de inclusão: - Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc. - Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado. Critérios de Exclusão:

	- Atividades educacionais realizadas fora do período analisado. Interpretações: No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho. Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Observação: - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referências: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55–124. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS – SES-AM. Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027. Disponível em: https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.
--	---

4. INDICADORES DE QUALIDADE - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUALIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUALIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
QUALIDADE	Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE	Garantir a avaliação médica imediata ou em tempo adequado para pacientes com suspeita de acidente vascular encefálico (AVE).	≤ 10 min	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
QUALIDADE	Número de mulheres com acompanhante durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).	Total de mulheres acompanhadas durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).	Apresentar informações sobre o número de mulheres acompanhadas durante todo o processo assistencial ao parto, incluindo as fases de pré-parto, parto e pós-parto imediato.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

4.1 MÉDIA DE TEMPO ENTRE A ADMISSÃO E A AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL DE PACIENTES COM SUSPEITA DE AVE

Nome	Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE.
Conceituação	Este indicador mede o tempo médio, em minutos, entre o horário oficial de admissão do paciente na unidade de saúde (ou seja, o registro de entrada documentado no sistema institucional como hora de admissão administrativa ou clínica) e o momento da primeira avaliação médica formal registrada em prontuário nos casos com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE).
Importância	É utilizado para monitorar a agilidade na triagem e atendimento inicial, essencial para garantir a efetividade da linha de cuidado ao AVE, principalmente nos casos isquêmicos em que há janela terapêutica limitada para trombólise. O AVE é uma emergência médica tempo-dependente, na qual a agilidade no diagnóstico e no início do tratamento está diretamente associada a melhores desfechos clínicos, com maior chance de recuperação funcional e redução do risco de sequelas ou óbito. Nesse contexto, a média de tempo entre a admissão do paciente na unidade de saúde e a realização da avaliação médica inicial constitui um indicador estratégico para aferir a eficiência do fluxo de atendimento em situações de urgência neurológica. Este indicador contribui para a qualificação da assistência prestada e para o fortalecimento da segurança do paciente.
Meta	≤ 10 min

Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	Numerador: Soma, em minutos, do tempo decorrido entre o horário de admissão e o horário da primeira avaliação médica formal registrada em prontuário, para cada paciente com suspeita de AVE. Crítérios de Inclusão: • Número total de pacientes com suspeita de AVE; • Pacientes com suspeita de AVE descartada antes de qualquer registro de avaliação médica formal em prontuário; • Casos com registro válido do horário da admissão e do horário da avaliação médica inicial; • Atendimento realizado em ambiente de urgência/emergência ou porta de entrada da unidade hospitalar. Denominador: Total de pacientes com suspeita de AVE que efetivamente receberam avaliação médica inicial registrada em prontuário, no período analisado. Crítérios de Inclusão: • Pacientes admitidos na unidade de saúde com registro de suspeita de AVE (isquêmico, hemorrágico ou indeterminado); • Casos com registro válido de horário de admissão e de horário da primeira avaliação médica formal; • Atendimento realizado em ambiente de urgência/emergência ou porta de entrada da unidade; • Casos de primeiro atendimento no episódio (não retornos), em qualquer turno (24h). Crítérios de Exclusão: • Pacientes com suspeita de AVE descartada antes da avaliação médica formal; • Pacientes que foram transferidos, evadidos ou evoluíram para óbito antes da avaliação médica; • Casos com dados ausentes ou inconsistentes (exemplo: ausência de registro de horário de admissão ou avaliação médica, ou incompatibilidade entre horários). Observações metodológicas: • O tempo deve ser calculado em minutos; • Considerar o horário exato do registro de chegada (admissão) e o horário da primeira avaliação médica documentada; • O horário deve ser extraído de sistemas informatizados com registro automático, sempre que possível. Registros manuais devem ser auditáveis; • A análise pode ser feita mensalmente ou por turno, conforme o fluxo assistencial da unidade. Definições clínicas: AVC Isquêmico (AVCI) - É déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, causada pela lesão de uma região cerebral decorrente da redução local da oferta de oxigênio, em razão do comprometimento do fluxo sanguíneo tecidual (isquemia). AVC hemorrágico (AVCH) - É o déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e de rápida evolução, causada pela lesão de uma região cerebral decorrente de hemorragia intracerebral não-traumática espontânea. A cefaleia súbita de forte intensidade geralmente está associada a Hemorragia Subaracnoide espontânea aneurismática, constituindo entidade à parte, com prognóstico e tratamento diversos. Observação 01: A contratada deverá assegurar que o tempo médio entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE seja igual ou inferior a 10 (dez) minutos, conforme diretrizes clínicas e protocolos assistenciais vigentes. Observação 02: Classificação de risco antes do cadastro - Quando a classificação de risco ocorre antes do cadastro na recepção, o horário da classificação NÃO deve ser utilizado como horário de admissão. Regra: o tempo do indicador deve iniciar no primeiro registro oficial e auditável, que é o horário de cadastro/acolhimento na recepção. Motivo: a classificação de risco pode ocorrer sem registro eletrônico padronizado, enquanto o cadastro é o marco oficial de entrada da unidade, garantindo padronização e rastreabilidade. Exemplo: • Triagem: 10:03 (não usado) • Cadastro na recepção: 10:12 (admissão oficial) • Avaliação médica: 10:20 Cálculo correto: 10:20 – 10:12 = 8 minutos Observação 03: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

	Referência: HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCor. Protocolo de acidente vascular cerebral. [S. l.]: HCor, 1 jan. 2012. p. 1-40.
--	---

4.2 PROPORÇÃO DE MULHERES COM ACOMPANHANTE DURANTE TODO O PROCESSO ASSISTENCIAL AO PARTO (PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO)

Nome	Proporção de mulheres com acompanhante durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)
Conceituação	Proporção de parturientes que estiveram acompanhadas por pessoa de sua livre escolha durante os três períodos do processo de parto: pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme direito garantido pela Lei nº 11.108/2005.
Importância	Permite estimar a medida em que o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto é garantido. O fato da mulher poder contar com a presença do acompanhante de livre escolha durante o parto pode contribuir para maior segurança, proteção e apoio afetivo neste momento. A presença do acompanhante é identificada na literatura como boa prática, humanizadora do processo de parturição, recomendada a todas as gestantes. Trata-se de uma prática recomendada pela literatura e garantida por lei no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005).
Meta	100% das mulheres acompanhadas no processo assistencial ao parto.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	Numerador: Número de mulheres que tiveram acompanhante presente em todos os três períodos: pré-parto, parto e pós-parto imediato (primeiras 2 horas após o parto). Denominador: Total de partos realizados (vaginais e cesáreos) no período de análise. Crítérios de inclusão (numerador e denominador): - Todos os partos, cesáreos e normais. Crítérios de exclusão (numerador e denominador): - Nascimentos que ocorram fora do hospital; Observações 01: Em conformidade com a Lei Federal nº 11.108/2005, que garante à gestante o direito de ser acompanhada por pessoa de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, informa-se que deverá ser elaborado um relatório que comprove o cumprimento desse direito no âmbito da unidade hospitalar. <u>Identificação da Gestante:</u> - Nome completo anonimizado - Data de nascimento - Número do prontuário hospitalar - Data e hora da admissão na maternidade <u>Identificação do Acompanhante</u> - Nome completo anonimizado <u>Períodos de Acompanhamento</u> Confirmação da presença do acompanhante durante: - Trabalho de parto - Parto - Pós-parto imediato (primeiras 2 horas após o parto) Observação 02: Quando a gestante não indicar ou não tiver acompanhante disponível, a CONTRATADA deverá designar um profissional da equipe assistencial (preferencialmente do sexo feminino, quando possível) para permanecer com a gestante, assegurando apoio contínuo, emocional e físico durante todo o processo. Observação 03: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referências: BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, 8 abr. 2005.



Documento assinado eletronicamente por **Fabiola de Alencar Furtado**, em 14/08/2026, às 11:28, 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 14/08/2026, às 14:08, 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 **91429278** e o código CRC **D2DFEB25**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

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