



GOVERNO DE PERNAMBUCO

8º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 020/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM, O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, E A SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER – SPCC, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UP AE PALMARES, NAS CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.

O **ESTADO DE PERNAMBUCO**, por meio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, com sede à Rua Dona Maria Augusta Nogueira, nº 519, Bongüi, Recife/PE, CEP 50.751-530, neste ato representada por sua Secretária, **Dra. ZILDA DO REGO CAVALCANTI**, nomeada pelo Ato nº 024, publicado no Diário Oficial do Estado em 02/01/2023, residente e domiciliada nesta cidade do Recife, doravante denominada **CONTRATANTE**, e a **SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER – SPCC**, inscrita no CNPJ/MF nº 10.894.988/0001-33, isenta de Inscrição Estadual, Inscrição Municipal nº 000.865-6, com sede à Av. Cruz Cabugá, nº 1597, Santo Amaro, Recife/PE, CEP: 50.040-000, neste ato representada por **ISABELA CRISTINA COUTINHO DE ALBUQUERQUE NEIVA COELHO**, 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 nº 191/2026 da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI (id. 90264211); o Parecer Técnico nº 244/2026 da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI (id. 92477727); o Parecer de Prorrogação nº 021/2026 (id. 92448707) da Comissão Mista de Avaliação; o Despacho nº 643 (id. 92746220) da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão; e os demais documentos constantes do Processo SEI nº 2300000302.000078/2026-45.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constituem objeto do presente Termo Aditivo:

a) a **prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 020/2022** por mais **02 (dois) anos**, correspondente ao período de **01/09/2026 a 31/08/2028**, cujo objeto é o gerenciamento, a operacionalização e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pelo **CONTRATADO** na **Unidade Pernambucana de Atenção Especializada – UP AE Palmares**.

b) a Repactuação de metas com atualização dos Anexos Técnicos I, II e III.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR

2.1. O valor total global do repasse mensal a título de custeio e rateio das despesas no âmbito deste Termo Aditivo corresponderá a **R\$ 696.357,73 (seiscentos e noventa e seis mil trezentos e cinquenta e sete reais e setenta e três centavos)**, o qual será repassado pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** da seguinte forma:

a) **R\$ 647.255,50** (seiscentos e quarenta e sete mil duzentos e cinquenta e cinco reais e cinquenta centavos), na Fonte Tesouro, conforme Solicitação Orçamentária e Financeira - SOF nº 284/2026 (id. 82432799), destinado ao custeio do Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde regulares da Unidade;

b) **R\$ 30.320,61** (trinta mil, trezentos e vinte reais e sessenta e um centavos), na Fonte Tesouro, conforme Solicitação Orçamentária e Financeira - SOF nº 289/2026 (id. 82434064), destinado às ações de assistência ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outras neurodiversidades;

c) **R\$ 18.781,63** (dezoito mil setecentos e oitenta e um reais e sessenta e três centavos) na Fonte Tesouro, conforme Solicitação Orçamentária e Financeira - SOF nº 290/2026 (id. 82434441), destinado à ampliação do acesso a atendimentos de otorrinolaringologia e realização do teste Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico - BERA.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DA NOTA DE EMPENHO

3.1. Os recursos necessários ao atendimento das despesas decorrentes deste instrumento correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias e notas de empenho:

Nota de Empenho: 2026NE004091, de 02/02/2026 - id. 82995738

Fonte: 0500000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1037

Natureza da Despesa: 3.3.50.85

Valor da Nota de Empenho: R\$ 1.294.511,00 (um milhão, duzentos e noventa e quatro mil quinhentos e onze reais)

Nota de Empenho: 2026NE004092, de 02/02/2026 - id. 82995742

Fonte: 0500000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.3624

Natureza da Despesa: 3.3.50.85

Valor da Nota de Empenho: R\$ 30.320,62 (trinta mil trezentos e vinte reais e sessenta e dois centavos)

Nota de Empenho: 2026NE004094, de 02/02/2026 - id. 82995739

Fonte: 0500000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.3620

Natureza da Despesa: 3.3.50.85

Valor da Nota de Empenho: R\$ 37.563,24 (trinta e sete mil quinhentos e sessenta e três reais e vinte e quatro centavos)

3.2. As referidas Notas de Empenho garantem o pagamento da quantia de **R\$ 1.362.394,86 (um milhão, trezentos e sessenta e dois mil trezentos e noventa e quatro reais e oitenta e seis centavos)** devendo o valor restante ser complementado através de nota de empenho a ser emitida pelo setor competente, e, posteriormente, ser registrada por simples apostilamento, dispensando a celebração de aditamento, conforme disposição do art. 136, IV, da Lei nº 14.133/2021, sob pena de rescisão antecipada do contrato.

3.3. Nos exercícios seguintes, 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, sob pena de rescisão antecipada do contrato.

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA SEXTA – DO FORO

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

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

Recife, data da assinatura digital.

ZILDA DO REGO CAVALCANTI
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE

ISABELA CRISTINA COUTINHO DE ALBUQUERQUE NEIVA COELHO
SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER – SPCC
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 Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados definidos pela CONTRATANTE.

1. INTRODUÇÃO

Este documento descreve as diretrizes para a prestação da assistência ambulatorial especializada, bem como as metas quantitativas e qualitativas que serão analisadas e avaliadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, para fins de repasse de 30% do valor global do Contrato de Gestão, em seus respectivos ciclos de avaliação.

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

2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

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

Esse processo inclui:

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

2.1 PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Caso, ao longo da vigência deste Contrato, e mediante comum acordo entre as partes, seja proposta pela CONTRATADA ou pela CONTRATANTE a realização de atividades distintas daquelas aqui previstas, incluindo substituição, ampliação de serviços, introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, implantação de programas especiais para determinadas patologias ou adequações decorrentes de mudanças no perfil epidemiológico da região, tais alterações deverão ser previamente analisadas e pactuadas entre as partes.

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

3. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES

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

Observação: As metas estabelecidas para os indicadores ficam sujeitas à revisão trimestral, mediante análise fundamentada dos dados de produção e eventual repactuação entre as partes, sempre que constatada a necessidade assistencial e a conveniência da Administração Pública.

3.1. ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS MÉDICOS REALIZADOS

As especialidades médicas que serão oferecidas na UPAE em questão serão: Alergologia, Angiologia/cirurgia vascular, Ortopedia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia (CAF e Biópsias), Geriatria, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia,

Pneumologia, Proctologia, Reumatologia, Pediatria e Urologia.

Tabela 01: Estimativa Mensal de Atendimentos Ambulatoriais Médicos

AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL ANUAL
	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 Ambulatoriais Médicos Realizados	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	34.848

Observação: A CONTRATADA deverá assegurar a oferta regular das especialidades médicas e respectivos quantitativos de atendimentos previstos neste Anexo Técnico, disponibilizando-os para agendamento de forma contínua e compatível com as metas assistenciais pactuadas, de modo a garantir a integralidade e a regularidade da oferta assistencial.

Tabela 02: Composição da Meta de Atendimentos Médicos por Tipo de Consulta

Mês de Referência														
Médico	%	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	Total Anual
Primeira consulta	50%	1.452	1.452	1.452	1.452	1.452	1.452	1.452	1.452	1.452	1.452	1.452	1.452	17.424
Interconsulta	40%	1.162	1.162	1.162	1.162	1.162	1.162	1.162	1.162	1.162	1.162	1.162	1.162	13.944
Consulta Subsequente e Retorno	10%	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	3.480
Total Mensal		2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	2.904	34.848
Total Trimestre		8.712			8.712			8.712			8.712			34.848

3.2. CONSULTAS AMBULATORIAIS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICOS.

Tabela 03: Estimativa Mensal de Atendimentos Ambulatoriais por Profissionais de Nível Superior, Exceto Médicos

AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL ANUAL
	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 Ambulatoriais Realizadas por Profissionais de Nível Superior, Exceto Médicos	854	854	854	854	854	854	854	854	854	854	854	854	10.248

Observação: A CONTRATADA deverá assegurar a oferta regular dos atendimentos realizados por profissionais de nível superior, exceto médicos, e dos respectivos quantitativos previstos neste Anexo Técnico, disponibilizando-os para agendamento de forma contínua e compatível com as metas assistenciais pactuadas, de modo a garantir a regularidade da oferta assistencial.

3.3. NÚMERO DE SESSÕES DE REABILITAÇÃO REALIZADAS

Tabela 04: Estimativa de Oferta Mensal de Sessões de Reabilitação Ambulatorial

Mês de Referência													
AMBULATÓRIO	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	TOTAL ANUAL
Fisioterapia	589	589	589	589	589	589	589	589	589	589	589	589	7.068
Fonoaudiólogo	147	147	147	147	147	147	147	147	147	147	147	147	1.764
Terapeuta Ocupacional	147	147	147	147	147	147	147	147	147	147	147	147	1.764
Total	883	883	883	883	883	883	883	883	883	883	883	883	10.596

Observação: A CONTRATADA deverá assegurar a oferta regular das sessões de reabilitação e dos respectivos quantitativos previstos neste Anexo Técnico, disponibilizando-os para agendamento de forma contínua e compatível com a meta assistencial pactuada, de modo a garantir a regularidade da oferta assistencial.

3.4. NÚMERO DE PACIENTES ACOMPANHADOS NOS PROGRAMAS ASSISTENCIAIS ESPECIALIZADOS

Tabela 05: Estimativa de Pacientes Acompanhados Mensalmente nos Programas Assistenciais Especializados

Mês de Referência													
PROGRAMAS ASSISTENCIAIS ESPECIALIZADO	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	TOTAL ANUAL
Pessoas com Estomia Acompanhadas	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	684
Pessoas com Bexiga Neurogênica Acompanhadas	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	216
Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas Acompanhadas	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
Total Mensal	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	1.020

Observação: A CONTRATADA deverá assegurar a oferta regular dos programas assistenciais especializados previstos neste Anexo Técnico, garantindo o acompanhamento dos respectivos quantitativos de pessoas, de forma contínua e compatível com as metas assistenciais pactuadas, de modo a assegurar a regularidade da assistência.

3.5. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Tabela 06: Atividade Mensal - SADT

PROCEDIMENTOS	Mês de Referência												TOTAL
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	
	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	
Analises Clínicas	Realizar os exames e procedimentos de SADT contemplados na carteira de serviços e no escopo assistencial da unidade, conforme demanda assistencial e capacidade operacional pactuada.												
Ecocardiografia													
Anatomia Patológica													
Audiometria/ Imitanciometria													
Tonometria													
Mapeamento de Retina com Gráfico													
Paquimetria ultra sonografia Com e Sem Doppler													
Potencial de Acuidade Visual													
Biomicroscopia de Fundo de Olho													
Fundoscopia													
Curva Diária de Pressão Ocular CDPO													
Gonioscopia													
Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia													
Eletroneuromiografia													
Biometria Ultrassônica													
Campimetria Computadorizada													
Retinografia Colorida Binocular													
Microscopia Especular de Córnea													
Retinografia Fluorescente Binocular													
Ultrassonografia de Globo Ocular e Órbita													
Teste Ortóptico													
Biópsias com Anestesia Local (em Cirurgia Geral, Dermatologia, Otorrinolaringologia e Proctologia)													
Ultrassonografia Geral Com e Sem Doppler													
Mamografia													
Radiologia Simples													
Eletrocardiografia													
Holter													
MAPA													
Teste Ergométrico													
Eletroencefalografia													
Otoneurológico													
Raio-X													

3.6. AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE EXAMES DE MAMOGRAFIA

Tabela 07: Estimativa Mensal de Oferta de Exames de Mamografia

EXAMES	Mês de Referência												TOTAL ANUAL
	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 Exames de Mamografia ofertados	442	442	442	442	442	442	442	442	442	442	442	442	5.304

Observação: A CONTRATADA deverá assegurar a oferta regular dos atendimentos médicos em Otorrinolaringologia e dos exames de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE/BERA), disponibilizando os respectivos quantitativos para agendamento de forma contínua e compatível com a oferta assistencial pactuada, de modo a garantir a regularidade e a ampliação do acesso aos serviços.

3.7. AMPLIAÇÃO DA OFERTA ASSISTENCIAL EM OTORRINOLARINGOLOGIA E POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFÁLICO (PEATE/BERA)

Tabela 08: Estimativa Mensal da Oferta de Atendimentos em Otorrinolaringologia e Exames PEATE/BERA

CONSULTAS/EXAMES	Mês de Referência												TOTAL ANUAL
	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 Médicos em Otorrinolaringologia	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	3.528
Número de Exames PEATE/BERA	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	1.008

Observação 1: A CONTRATADA deverá assegurar a ampliação e a oferta regular dos atendimentos médicos em Otorrinolaringologia e dos exames de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE/BERA), disponibilizando os respectivos quantitativos para agendamento de forma contínua e compatível com a oferta assistencial pactuada, de modo a garantir a regularidade e a ampliação do acesso aos serviços.

Observação 2: Na ausência de demanda regulada ou de usuários em fila de espera para os atendimentos de Otorrinolaringologia vinculados ao Programa PEATE/BERA, a CONTRATADA deverá disponibilizar os quantitativos correspondentes para atendimento de outros usuários com demanda para a especialidade, observada a existência de fila de espera e os fluxos de regulação estabelecidos pela CONTRATANTE, de modo a assegurar a utilização da capacidade assistencial disponibilizada e evitar sua ociosidade.

3.8. NÚMERO DE CONSULTAS DE NEUROPEDIATRIA - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) E DEMAIS CONDIÇÕES RELACIONADAS À NEURODIVERSIDADE

Tabela 09: Estimativa de Oferta Mensal de Consultas Neuropediatria (TEA) e Demais Condições Relacionadas à Neurodiversidade

AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL ANUAL
	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 de Neuropediatria	154	154	154	154	154	154	154	154	154	154	154	154	1.848

Observação: A CONTRATADA deverá assegurar a oferta regular das consultas de Neuropediatria destinadas à avaliação diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA), disponibilizando os respectivos quantitativos para agendamento de forma contínua e compatível com a meta assistencial pactuada, de modo a garantir a regularidade da oferta assistencial.

3.9. NÚMERO DE ATENDIMENTOS MULTIPROFISSIONAIS À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) E DEMAIS CONDIÇÕES RELACIONADAS À NEURODIVERSIDADE

Tabela 10: Estimativa Mensal da Oferta de Atendimento Multiprofissional à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Demais Condições Relacionadas à Neurodiversidade.

CONSULTAS	Mês de Referência												TOTAL ANUAL
	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 Multiprofissional à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Demais Condições Relacionadas à Neurodiversidade.	393	393	393	393	393	393	393	393	393	393	393	393	4.716

Observação: A CONTRATADA deverá assegurar a oferta regular dos atendimentos multiprofissionais às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e demais condições relacionadas à neurodiversidade, disponibilizando os respectivos quantitativos para agendamento de forma contínua e compatível com a meta assistencial pactuada, de modo a garantir a regularidade da oferta e a continuidade do cuidado especializado.

4. AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

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

Quantitativos: Número de Atendimentos Ambulatoriais Médicos Realizados; Número de Consultas Ambulatoriais Realizadas Por Profissionais de Nível Superior, Exceto Médicos; Número de Sessões de Reabilitação Realizadas; Número de Pacientes Atendidos nos Programas Assistenciais Especializados: Pessoas com Estomia Acompanhadas, Pessoas com Bexiga Neurogênica Acompanhadas, Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas Acompanhadas.

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

Coordenação do Cuidado: Percentual de Pacientes Elegíveis com Plano Terapêutico Singular Formalizado; Percentual de Consultas Elegíveis com Registro de Contrarreferência. **Eficiência de Gestão:** Taxa de Cancelamento de Consultas e Exames por Motivos Alheios aos Pacientes; Tempo Médio de Liberação dos Resultados de Exames Diagnósticos; Percentual de Pacientes que realizaram exame em até 30 dias após a solicitação. **Segurança do Paciente:** Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Integração Entre Atenção Especializada e a Atenção Primária à Saúde (APS):** Percentual de Execução das

Atividades de Matriciamento Pactuadas; Percentual de Execução das Atividades de Qualificação da Supervisão do Cuidado. **Atenção ao Usuário:** Satisfação do Usuário; Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. **Transparência:** Qualidade da Publicação das Informações de Transparência. **Educação permanente:** Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente; Taxa de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente; Taxa de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.

4.1 META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS)

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

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

TIPO	INDICADOR		META MENSAL
PRODUÇÃO	Número de Atendimentos Ambulatoriais Médicos Realizados		2.904
	Número de Consultas Ambulatoriais Realizadas por Profissionais de Nível Superior, exceto Médicos		854
	Número de Sessões de Reabilitação Realizadas		883
	Número de Pacientes Acompanhados nos Programas Assistenciais Especializados	Pessoas com Estomia Acompanhadas	57
		Pessoas com Bexiga Neurogênica Acompanhadas	18
		Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas Acompanhadas	10

Quadro 02: Indicadores Quantitativos de Acompanhamento - Sem Valoração Financeira

TIPO	INDICADOR	META
Produção	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	Realizar os exames e procedimentos de SADT contemplados na carteira de serviços e no escopo assistencial da unidade, conforme demanda assistencial e capacidade operacional pactuada.
	Ampliação da Oferta de Exames de Mamografia	442
	Número de Atendimentos Médicos em Otorrinolaringologia	294
	Número de Exames PEATE/BERA	84
	Número de Consultas de Neuropediatria - Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Demais Condições Relacionadas à Neurodiversidade	154
	Número de Atendimentos Multiprofissionais À Pessoa Com Transtorno Do Espectro Autista (TEA) e Demais Condições Relacionadas à Neurodiversidade	393

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

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE					
TIPO	INDICADOR	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
COORDENAÇÃO DO CUIDADO	Percentual de Pacientes Elegíveis com Plano Terapêutico Singular Formalizado.	≥90,0% dos pacientes da atenção ambulatorial elegíveis.	Pontuação: 8	8	15
		≥80,0% a <90,0% dos pacientes da atenção ambulatorial elegíveis.	Pontuação: 4		
		<80,0% dos pacientes da atenção ambulatorial elegíveis.	Pontuação: 0		
	Percentual de Consultas Elegíveis com	≥90,0% das consultas elegíveis com	Pontuação: 7	7	

	Registro de Contrarreferência.	registro de contrarreferência.			
		≥80,0% a <90,0% das consultas elegíveis com registro de contrarreferência.	Pontuação: 4		
		<80,0% das consultas elegíveis com registro de contrarreferência.	Pontuação: 0		
EFICIÊNCIA DE GESTÃO	Taxa de Cancelamento de Consultas e Exames por Motivos Alheios aos Pacientes.	Envio da Informação.		7	21
	Tempo Médio de Liberação dos Resultados de Exames Diagnósticos.	≤15 dias para entrega dos resultados dos exames.		7	
	Percentual de Pacientes que realizaram exame em até 30 dias após a solicitação.	≥90,0% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:7	7	
		≥80,0% e <90,0% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:5		
		≥70,0% e <80,0% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:3		
		<70,0% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:0		
	SEGURANÇA DO PACIENTE	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente.	Envio mensal do relatório.		
INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO ESPECIALIZADA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	Percentual de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	≥90,0% de execução das atividades de matriciamento pactuadas.	Pontuação: 8	8	15
		≥80,0% a <90,0% de execução das atividades de matriciamento pactuadas.	Pontuação: 4		
		<80,0% de execução das atividades de matriciamento pactuadas.	Pontuação: 0		
	Percentual de Execução das Atividades de Qualificação da Supervisão do Cuidado.	≥90,0% de execução das atividades de qualificação da supervisão do cuidado pactuadas.	Pontuação: 7	7	
		≥80,0% a <90,0% de execução das	Pontuação: 3		

		atividades de qualificação da supervisão do cuidado pactuadas.			
		<80,0% de execução das atividades de qualificação da supervisão do cuidado pactuadas.	Pontuação: 0		
ATENÇÃO AO USUÁRIO	Satisfação do Usuário.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%	Pontuação: 7	7	14
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%.	Pontuação: 5		
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%.	Pontuação: 3		
		Aferir satisfação do usuário menor que 70,0%.	Pontuação: 0		
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebida.		7	
TRANSPARÊNCIA	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 7	7	7
		Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 5		
		Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 3		
		Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 1		
		Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 0		
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.	≥90,0% a 100% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Pontuação: 7	7	21

	≥80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. Pontuação: 5	
	≥70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. Pontuação: 3	
	<70,0% das ações de educação na saúde programadas para o período. Pontuação: 0	
Taxa de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Percentual igual ou superior a 80,0% de adesão do público alvo da equipe assistencial às ações de educação permanente. Pontuação: 7	7
	Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de adesão do público alvo da equipe assistencial às ações de educação permanente. Pontuação: 5	
	Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão da equipe assistencial às ações de educação permanente. Pontuação: 3	
	Percentual menor que 60% de adesão da equipe assistencial às ações de educação permanente. Pontuação: 0	
Taxa de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Percentual igual ou superior a 80,0% de adesão da equipe administrativa às ações de educação permanente. Pontuação: 7	7
	Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de adesão da equipe administrativa às ações de educação permanente. Pontuação: 5	
	Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão da equipe Pontuação: 3	

		administrativa às ações de educação permanente.			
		Percentual menor que 60,0% de adesão da equipe administrativa às ações de educação permanente.	Pontuação:0		
Total				100	

Nota: No que se refere ao Índice Global de Qualidade, o primeiro trimestre de funcionamento da unidade será destinado ao monitoramento e avaliação dos indicadores, sem aplicação de penalizações financeiras, considerando-se esse período como necessário para a adaptação e consolidação das metodologias de apuração das informações que subsidiam os resultados assistenciais e gerenciais pactuados.

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

5. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

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

As informações mínimas obrigatórias a serem fornecidas incluem:

- 5.1. Relatórios contábeis e financeiros, de acordo com o manual de orientações contábil-financeiro;
- 5.2. Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- 5.3. Relatório de Custos;
- 5.4. Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- 5.5. Outras informações que venham a ser definidas pela CONTRATANTE mediante comunicação formal.
- 5.6. Na hipótese de a CONTRATADA não atingir as metas assistenciais estabelecidas neste contrato e seus anexos, não serão aplicados descontos ou penalidades, desde que a única causa para o não cumprimento seja a ausência de demanda suficiente para alcançar os parâmetros pactuados. Nessa situação, a CONTRATADA deverá apresentar mensalmente os dados e justificativas que comprovem a insuficiência de demanda, os quais estarão sujeitos à análise, aprovação e validação pela CONTRATANTE.
- 5.7. Na hipótese de a CONTRATADA apresentar demanda reprimida ou fila de espera que impacte o cumprimento das metas pactuadas, deverá encaminhar à CONTRATANTE, no prazo de até 30 (trinta) dias após a formalização do Termo Aditivo, Plano de Ação contendo diagnóstico da demanda existente, medidas para redução da fila de espera, cronograma de execução, metas de redução e mecanismos de monitoramento dos resultados. O Plano de Ação ficará sujeito à análise e aprovação da Secretaria Estadual de Saúde, podendo ser solicitados ajustes e complementações, quando necessários.
- 5.8. Na hipótese de a CONTRATADA não atingir, em determinado trimestre, o mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) das metas assistenciais pactuadas no contrato de gestão da UPAC, será formalmente notificada pela CONTRATANTE para que, nos dois trimestres subsequentes dentro do mesmo exercício orçamentário, realize a compensação da produção por meio de atendimentos assistenciais excedentes, conforme previsto no Art. 15-A da Lei Estadual nº 15.210/2013 e no Art. 37 do Decreto Estadual nº 58.200/2025.

ANEXO TÉCNICO II DO CONTRATO

SISTEMA DE PAGAMENTO

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

1. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REPASSADOS:

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

- (X) Atendimento Ambulatorial
(X) Sessões de Reabilitação

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

1.2. O montante anual do orçamento econômico-financeiro destinado ao custeio com as Despesas Operacionais e Administração Central do Contrato de Gestão da UPAC PALMARES para o exercício de 2026/2027 é de **R\$ 8.130.913,32 (oito milhões, cento e trinta mil, novecentos e treze reais e trinta e dois centavos)** sendo mensal de **R\$ 677.576,11 (seiscentos e setenta e sete mil, quinhentos e setenta e seis reais e onze centavos)**, e corresponde a sua modalidade de atividade assistencial.

1.3. 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.

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

1.4.1. **70% (setenta por cento)** do valor mencionado no item 1.2 acima, ou seja, **R\$ 5.691.639,32 (cinco milhões, seiscentos e noventa e um mil seiscentos e trinta e nove reais e trinta e dois centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de **R\$ 474.303,28 (quatrocentos e setenta e quatro mil, trezentos e três reais e vinte e três centavos)**.

1.4.2. **20% (vinte por cento)** do valor mencionado no item 1.2 acima, ou seja, **R\$ 1.626.182,66 (um milhão, seiscentos e vinte e seis mil cento e oitenta e dois reais e sessenta e seis centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R\$ 135.515,22 (cento e trinta e cinco mil, quinhentos e quinze reais e vinte e dois centavos)** vinculado à avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.4.3. **10% (dez por cento)** do valor mencionado no item 1.2, ou seja, **R\$ 813.091,33 (oitocentos e treze mil noventa e um reais e trinta e três centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R\$ 67.757,61 (sessenta e sete mil, setecentos e cinquenta e sete reais e sessenta e um centavos)**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido item 2 deste Anexo Técnico.

1.5. 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.

1.6. 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.

1.7. 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.

1.8. 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.

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

1.10. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos, 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.

1.11. 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.

1.12. 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.

1.13. 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.

1.14. 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.

1.15. 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.

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

2. SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

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

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

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

Tabela 01: Tabela de Valoração Financeira do Indicador de Produção Assistencial

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de Atendimentos Ambulatoriais Médicos Realizados.	Acima do volume contratado	10,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	10,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	8,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Consultas Ambulatoriais Realizadas por Profissionais de Nível Superior, exceto Médicos.	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 Sessões de Reabilitação Realizadas.	Acima do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	3,0 % do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Programa Assistencial Especializado: Pessoas com Estomia Acompanhadas	Acima do volume contratado	1,5% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	1,5% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	1,0%do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,85% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Programa Assistencial Especializado: Pessoas com Bexiga Neurogênica Acompanhadas	Acima do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,85%do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,25% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Programa Assistencial Especializado: Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas Acompanhadas	Acima do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	0,50% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,40%do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,30% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,20% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

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

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

Tabela 02: Tabela de Valoração Financeira do Índice Global de Qualidade (IGQ)

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

ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO

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

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

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

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

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

MANUAL DE INDICADORES – PARTE VARIÁVEL

CONTRATO DE GESTÃO

DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO

1. INTRODUÇÃO

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

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

2. METAS E INDICADORES

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

2.1. INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

Tem por finalidade mensurar o volume de serviços assistenciais efetivamente prestados pela unidade de saúde, constituindo instrumento para o monitoramento da execução contratual e a verificação do cumprimento da meta pactuada, com vinculação aos recursos financeiros do Contrato de Gestão, conforme critérios definidos pela contratante.

Quadro 01: Quadro Geral de Indicadores Quantitativos de Produção - Com valoração financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Produção	Número de atendimentos Ambulatoriais Médicos Realizados.	Número de atendimentos ambulatoriais médicos efetivamente realizados pela unidade no período de referência.	Realizar 2.904 consultas médicas por mês com oferta de todas as especialidades previstas neste Anexo Técnico.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Consultas Ambulatoriais Realizadas por Profissionais de Nível Superior, exceto Médicos.	Número de atendimentos ambulatoriais realizados por profissionais de nível superior, exceto médicos, no período de referência.	Realizar 854 consultas ambulatoriais por profissionais de nível superior (exceto médico) mensalmente.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Número de Sessões de Reabilitação Realizadas.	Número Total de sessões de reabilitação realizadas pela unidade no período de referência.	Realizar 883 sessões de reabilitação, mensalmente.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Programa Assistencial Especializado: Pessoas com Estomia Acompanhadas	Número de pessoas acompanhadas no programa assistencial especializados de Pessoas com Estomia Acompanhadas previstos no Anexo Técnico I, no período de referência.	Realizar o acompanhamento de 57 pacientes nos programas assistenciais especializados previstos no Anexo Técnico I, mensalmente.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Programa Assistencial Especializado: Pessoas com Bexiga Neurogênica Acompanhadas	Número de pessoas acompanhadas no programa assistencial especializados de Pessoas com Bexiga Neurogênica Acompanhadas previstos no Anexo Técnico I, no período de referência.	Realizar o acompanhamento de 18 pacientes nos programas assistenciais especializados previstos no Anexo Técnico I, mensalmente.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Programa Assistencial Especializado: Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas Acompanhadas	Número de pessoas acompanhadas no programa assistencial especializados de Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas Acompanhadas previstos no Anexo Técnico I, no período de referência.	Realizar o acompanhamento de 10 pacientes nos programas assistenciais especializados previstos no Anexo Técnico I, mensalmente.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.

2.1.1. FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

2.1.1.1. NÚMERO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS MÉDICOS REALIZADOS

Nome	Número de Atendimentos Ambulatoriais Médicos Realizados
Conceituação	Corresponde ao total de consultas médicas ambulatoriais efetivamente realizadas na unidade de saúde, em determinado período de referência, contemplando os atendimentos prestados por profissionais médicos habilitados, de forma presencial, no âmbito da atenção ambulatorial especializada ou geral, conforme a carteira de serviços pactuada. Inclui primeiras consultas, consultas subsequentes, retornos e interconsultas, desde que devidamente registradas, concluídas e validadas nos sistemas oficiais ou institucionais de informação em saúde.
Importância	Este indicador é fundamental para o monitoramento sistemático da produção assistencial ambulatorial, pois permite mensurar, de forma objetiva, o volume de consultas médicas efetivamente ofertadas à população. Seu acompanhamento possibilita avaliar o acesso oportuno dos usuários aos serviços médicos, o cumprimento das metas quantitativas

	pactuadas no contrato de gestão e a capacidade operacional da unidade frente à demanda assistencial. Além disso, o indicador subsidia o planejamento, a programação e a alocação racional de recursos humanos, físicos e financeiros, apoiando a identificação de gargalos assistenciais, o ajuste de agendas, a otimização dos fluxos de atendimento e a melhoria da eficiência operacional. Ao integrar os processos de monitoramento e avaliação, fortalece a transparência da gestão, qualifica a tomada de decisão baseada em evidências e contribui para a melhoria contínua da qualidade, resolutividade e sustentabilidade da atenção ambulatorial prestada.
Meta	Realizar 2.904 consultas médicas mensalmente.
Método de Cálculo	Numerador - Indicador de quantidade absoluta (produção).
Definição	Numerador: Total de consultas médicas ambulatoriais efetivamente realizadas e concluídas no período de referência, devidamente registradas e validadas nos sistemas oficiais ou institucionais de informação em saúde. • Primeiras consultas; • Consultas subsequentes e retornos; • Interconsultas (quando pactuadas). Critério de Inclusão: • Consultas médicas ambulatoriais efetivamente realizadas e concluídas; • Atendimentos prestados por profissional médico legalmente habilitado; • Registros realizados e validados em sistema oficial ou institucional de informação em saúde (ex.: prontuário eletrônico, BPA/SIA-SUS ou sistema próprio); • Inclusão de primeira consulta, consultas subsequentes, retornos e interconsultas, quando previstas contratualmente. Critério de Exclusão: • Procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sem consulta médica associada; • Atendimentos realizados por outros profissionais de saúde que não médicos; • Consultas não concluídas, canceladas, reagendadas ou em que o paciente não compareceu. Denominador: Não se aplica, por tratar-se de indicador de quantidade absoluta (produção). Observações: • 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; • Atendimentos duplicados ou inconsistentes não devem ser computados; • A apuração deverá respeitar os critérios contratuais vigentes. • Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 10,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados. • A CONTRATADA deverá disponibilizar para agendamento quantitativo de consultas correspondente à meta assistencial mensal pactuada, observada a capacidade instalada da unidade e os fluxos de regulação estabelecidos pela CONTRATANTE. A disponibilização de vagas para agendamento constitui requisito operacional para o cumprimento da meta, permanecendo a apuração do indicador baseada exclusivamente no quantitativo de atendimentos ambulatoriais efetivamente realizados.

- 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. 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.

2.1.1.2. NÚMERO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICOS

Nome	Número de Consultas Ambulatoriais Realizadas por Profissionais de Nível Superior, Exceto Médicos.
Conceituação	Mensura o total de consultas ambulatoriais individuais realizadas por profissionais de nível superior não médicos, no âmbito do atendimento ambulatorial, em determinado período de referência.
Importância	O indicador é fundamental para o monitoramento da produção assistencial da equipe multiprofissional no atendimento ambulatorial, permitindo avaliar a capacidade operacional da unidade, o grau de utilização dos recursos humanos disponíveis e a contribuição efetiva dos profissionais de nível superior não médicos na atenção à saúde. Seu acompanhamento subsidia o planejamento, a organização e a avaliação da oferta de serviços ambulatoriais, favorecendo a adequada distribuição de carga de trabalho, a identificação de necessidades de ajustes na composição da equipe e o aprimoramento da resolutividade assistencial. Além disso, o indicador constitui instrumento essencial de monitoramento de desempenho em contratos de gestão, assegurando transparência, rastreabilidade e alinhamento às diretrizes do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à valorização do cuidado multiprofissional e à integralidade da atenção.
Meta	Realizar 854 consultas ambulatoriais mensais por profissionais de nível superior, exceto médicos.
Método de Cálculo	Numerador - Indicador de quantidade absoluta (produção).
Definição	Numerador: Total de consultas ambulatoriais individuais efetivamente realizadas por profissionais de nível superior não médicos, no período de referência. Critério de Inclusão: - Consultas ambulatoriais individuais realizadas por profissionais de nível superior não médicos, tais como: enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, entre outros; - Somente serão considerados válidos os atendimentos efetivamente executados e registrados nos sistemas oficiais de informação; - Atendimentos com inconsistências, duplicidades ou registros incompletos não deverão ser computados; - Consultas devidamente registradas e validadas no sistema de informação oficial (SIA/SUS ou sistema institucional adotado pela unidade); - Atendimentos realizados dentro do período de apuração do indicador (mês de referência). Critério de Exclusão: - Consultas médicas, independentemente da especialidade;

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

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

Observações:

- Consideram-se consultas ambulatoriais os atendimentos clínico-assistenciais individualizados, realizados por profissionais legalmente habilitados e autorizados, no exercício de suas competências profissionais, devidamente registrados e validados nos sistemas oficiais de informação do SUS (SIA/SUS).
- Quando utilizamos o termo atendimento/consulta individual, o "individual" se refere ao usuário (paciente), não à atuação exclusiva de um único profissional.

Ex: Individual = um usuário por registro.

Observações:

- A avaliação do desempenho será realizada mediante comparação entre a produção mensal registrada e a meta pactuada, conforme critérios contratuais vigentes;
- A apuração deverá respeitar os critérios contratuais vigentes;
- Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 3,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados;
- A CONTRATADA deverá disponibilizar para agendamento quantitativo de atendimentos correspondente à meta assistencial mensal pactuada, observada a capacidade instalada da unidade e os fluxos de regulação estabelecidos pela CONTRATANTE. A disponibilização de vagas para agendamento constitui requisito operacional para o cumprimento da meta, permanecendo a apuração do indicador baseada exclusivamente no quantitativo de atendimentos ambulatoriais efetivamente realizados.
- 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. 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.

2.1.1.3. NÚMERO DE SESSÕES DE REABILITAÇÃO REALIZADAS

Nome	Número de Sessões de Reabilitação Realizadas.
------	---

Conceituação	Indicador de produção assistencial que mensura o total de sessões de reabilitação efetivamente realizadas no período de referência, no âmbito ambulatorial, por profissionais legalmente habilitados, conforme protocolos assistenciais e normativas vigentes. Considera-se sessão de reabilitação cada atendimento terapêutico individual prestado a um usuário, com finalidade de recuperação, manutenção ou melhora da funcionalidade, devidamente registrado e validado nos sistemas oficiais de informação do SUS (SIA/SUS) ou em sistema institucional adotado pela unidade e homologado pela Secretaria Estadual de Saúde.
Importância	O indicador é essencial para avaliar a produção e a capacidade operacional dos serviços de reabilitação, permitindo monitorar a oferta de cuidados terapêuticos e a continuidade do acompanhamento dos usuários. Seu acompanhamento subsidia o planejamento assistencial, a organização dos fluxos de atendimento e a adequada alocação de recursos humanos, contribuindo para a efetividade das ações de reabilitação e para o alcance dos objetivos terapêuticos pactuados. Além disso, constitui instrumento estratégico para o monitoramento do cumprimento de metas de produção em contratos de gestão, assegurando transparência, rastreabilidade e alinhamento às diretrizes do Sistema Único de Saúde.
Meta	Realizar 883 sessões de reabilitação , por mês.
Método de Cálculo	Numerador - Indicador de quantidade absoluta (produção).
Definição	Numerador: Total de sessões de reabilitação ambulatorial efetivamente realizadas no período de referência, registradas de forma individualizada por usuário. Critério de Inclusão: - Sessões de reabilitação ambulatorial efetivamente realizadas, com atendimento individual ao usuário; - Atendimentos prestados por profissionais de nível superior legalmente habilitados para práticas de reabilitação, conforme normativas vigentes; - Sessões executadas de acordo com protocolos assistenciais, planos terapêuticos e rotinas estabelecidas pela unidade; - Sessões executadas de acordo com protocolos assistenciais, planos terapêuticos e rotinas estabelecidas pela unidade; - Atendimentos realizados dentro do período de apuração do indicador (mês de referência). Critério de Exclusão: - Sessões não realizadas, canceladas, interrompidas ou com ausência do usuário; - Avaliações isoladas, atendimentos administrativos ou procedimentos que não configurem sessão terapêutica de reabilitação; - Sessões sem registro válido ou com inconsistências nos sistemas de informação; - Atendimentos realizados fora do período de referência do indicador. Denominador: Não se aplica, por tratar-se de indicador de quantidade absoluta (produção). Observações Técnicas: - A avaliação do desempenho será realizada mediante a comparação entre a produção mensal efetivamente registrada e a meta pactuada, observando os percentuais de alcance definidos contratualmente; - A apuração deverá observar integralmente as disposições contratuais, normativas e assistenciais vigentes; - 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 CONTRATADA deverá disponibilizar para agendamento quantitativo de consultas de Neuropediatria correspondente à meta assistencial mensal pactuada para avaliação diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA), observada a capacidade instalada da unidade e os fluxos de regulação estabelecidos pela CONTRATANTE. A disponibilização de vagas para agendamento constitui requisito operacional para o cumprimento da meta, permanecendo a apuração do indicador baseada exclusivamente no quantitativo de consultas de Neuropediatria efetivamente realizadas para avaliação diagnóstica do TEA; - 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS): manual de orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde.
--	---

2.1.1.4. NÚMERO DE PACIENTES ACOMPANHADOS NOS PROGRAMAS ASSISTENCIAIS ESPECIALIZADOS

Nome	Número de Pacientes Acompanhados nos Programas Assistenciais Especializados
Conceituação	Corresponde ao número de pacientes acompanhados nos Programas Assistenciais Especializados da unidade, durante o período de referência, considerando os usuários regularmente inseridos nos programas e que tenham realizado acompanhamento assistencial no período, conforme os critérios, fluxos e linhas de cuidado estabelecidos para cada programa.
Importância	Este indicador é fundamental para o monitoramento da assistência prestada aos usuários inseridos nos Programas Assistenciais Especializados, permitindo acompanhar a capacidade da unidade em garantir seguimento contínuo e qualificado a pessoas com necessidades específicas de saúde, que demandam acompanhamento multiprofissional e cuidados especializados. O indicador possibilita mensurar o número de pacientes efetivamente acompanhados nos programas destinados a Pessoas com Estomia, Pessoas com Bexiga Neurogênica e Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas, contribuindo para o monitoramento da cobertura assistencial, da continuidade do cuidado e da organização da oferta de serviços especializados. O acompanhamento sistemático desses usuários é relevante para a prevenção de complicações, redução de agravos evitáveis, promoção do autocuidado, melhoria da qualidade de vida e manutenção da funcionalidade, além de favorecer a identificação oportuna de necessidades assistenciais e a adoção das condutas adequadas pela equipe multiprofissional. Adicionalmente, o indicador subsidia o planejamento da capacidade assistencial da unidade, a organização das agendas e a alocação dos recursos necessários à manutenção dos programas, contribuindo para a avaliação da efetividade da assistência especializada e para o fortalecimento da continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde.
Meta	Realizar o acompanhamento de 57 pessoas com Estomia; 18 pessoas com Bexiga Neurogênica; e 10 pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas.
Método de Cálculo	Numerador - Indicador de quantidade absoluta (produção).

Definição	Número de Pessoas Acompanhadas = Total de pessoas distintas que atenderam aos critérios de inclusão do respectivo Programa Assistencial Especializado no período de referência. Numerador: Numerador – Pessoas com Estomia: número de pessoas distintas com estomia que estejam regularmente inseridas no programa e que tenham realizado acompanhamento assistencial no período de referência. Numerador – Pessoas com Bexiga Neurogênica: número de pessoas distintas com bexiga neurogênica que estejam regularmente inseridas no programa e que tenham realizado acompanhamento assistencial no período de referência. Numerador – Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas: número de pessoas distintas com pé diabético e/ou feridas complexas que estejam regularmente inseridas no programa e que tenham realizado acompanhamento assistencial no período de referência. Importante: cada pessoa deverá ser contabilizada uma única vez em cada programa no período de referência, independentemente da quantidade de atendimentos, procedimentos, consultas ou acompanhamentos realizados. CrITÉRIOS de Inclusão: • Pessoas regularmente inseridas em um dos Programas Assistenciais Especializados da unidade; • Pessoas que tenham realizado ao menos um acompanhamento assistencial no respectivo programa durante o período de referência; • Pessoas com Estomia acompanhadas no respectivo programa; • Pessoas com Bexiga Neurogênica acompanhadas no respectivo programa; • Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas acompanhadas no respectivo programa; • Registros assistenciais devidamente preenchidos, identificados e validados nos sistemas oficiais ou institucionais de informação; • Cada pessoa deverá ser contabilizada individualmente, uma única vez no respectivo programa durante o período de apuração. CrITÉRIOS de Exclusão: • Pessoas que não tenham realizado acompanhamento assistencial no período de referência; • Atendimentos ou procedimentos realizados sem caracterização de acompanhamento no respectivo programa; • Registros cancelados, incompletos, inconsistentes ou não validados; • Registros duplicados da mesma pessoa no mesmo programa e período de referência; • Pessoas que não pertençam ao público-alvo ou aos critérios de elegibilidade do respectivo programa; • Atendimentos realizados exclusivamente em outro programa, quando não houver acompanhamento no programa objeto da apuração. Denominador: Não se aplica, por se tratar de indicador de quantidade absoluta de pessoas acompanhadas. Observações Técnicas: • A apuração deverá ser realizada individualmente para cada Programa Assistencial Especializado, considerando a respectiva meta pactuada. A mesma pessoa poderá ser contabilizada em mais de um programa, quando atender aos critérios de inclusão
-------------------------	---

- e estiver efetivamente acompanhada nos respectivos programas, devendo, contudo, ser contabilizada apenas uma vez dentro de cada programa no período de referência.
- Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 3,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados.
 - A CONTRATADA deverá disponibilizar para agendamento quantitativo de pessoas correspondente à meta assistencial mensal pactuada para cada Programa Assistencial Especializado, observada a capacidade instalada da unidade e os fluxos de regulação estabelecidos pela CONTRATANTE.
 - A disponibilização de vagas para agendamento constitui requisito operacional para o cumprimento da meta, permanecendo a apuração do indicador baseada exclusivamente no quantitativo de pessoas efetivamente acompanhadas em cada programa, conforme os critérios de inclusão estabelecidos.
 - Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

2.2. INDICADORES QUANTITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

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

Quadro 02: Quadro Geral de Indicadores Quantitativos de Produção - Sem valoração financeira

TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Produção	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).	Número de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) efetivamente realizados pela unidade no período de referência.	Realizar os exames e procedimentos de SADT contemplados na carteira de serviços e no escopo assistencial da unidade, conforme demanda assistencial e capacidade operacional pactuada.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Ampliação da Oferta de Exames de Mamografia.	Quantitativo de exames de mamografia ofertados pela unidade para agendamento, agendados e efetivamente realizados no período de referência, decorrentes da	Ofertar 442 Exames de Mamografia.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.

		ampliação da oferta assistencial pactuada.		
	Número de Atendimentos Médicos em Otorrinolaringologia.	Quantitativo de consultas médicas em Otorrinolaringologia ofertadas para agendamento, agendadas e efetivamente realizadas pela unidade no período de referência, conforme a oferta assistencial pactuada.	Realizar 294 Atendimentos Médicos em Otorrinolaringologia.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Número de Exames PEATE/BERA.	Quantitativo de exames de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE/BERA) ofertados pela unidade para agendamento, agendados e efetivamente realizados no período de referência, conforme a oferta assistencial pactuada.	Realizar 84 Exames de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Número de Consultas de Neuropediatria – TEA e Demais Condições Relacionadas à Neurodiversidade	Quantitativo de consultas de Neuropediatria ofertadas para agendamento, agendadas e efetivamente realizadas, no período de referência, destinadas à avaliação e ao diagnóstico de pessoas com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e demais condições relacionadas à neurodiversidade.	Realizar 154 consultas de Neuropediatria, mensalmente.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.
	Número de Atendimentos Multiprofissionais à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Demais Condições Relacionadas à Neurodiversidade.	Quantitativo de atendimentos multiprofissionais ofertados para agendamento, agendados e efetivamente realizados pela unidade às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e demais condições relacionadas à neurodiversidade, no período de referência, conforme a oferta assistencial pactuada.	Realizar 393 Consultas Multiprofissionais à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Demais Condições Relacionadas à Neurodiversidade	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.

2.2.1 FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES QUANTITATIVOS - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

2.2.1.1. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Nome	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)
Conceituação	O indicador Número de Procedimentos de SADT por Tipo mensura a produção assistencial referente aos procedimentos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) realizados pela unidade de saúde, discriminados conforme sua natureza ou especialidade diagnóstica/terapêutica, em determinado período de referência.

Importância	O indicador é fundamental para o monitoramento da capacidade operacional do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da unidade, permitindo avaliar o volume e a diversidade dos exames e procedimentos ofertados à população. Sua estratificação por tipo possibilita identificar o perfil da demanda assistencial, analisar a utilização dos recursos disponíveis, monitorar a produtividade por área diagnóstica e verificar a adequação da oferta às necessidades da população e ao perfil assistencial da unidade. Além disso, subsidia o acompanhamento das metas assistenciais pactuadas e permite avaliar a oportunidade de acesso, a resolatividade dos serviços e a necessidade de encaminhamentos para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, apoiando decisões relacionadas à ampliação, ao redimensionamento e à qualificação da oferta. Por fim, constitui instrumento relevante para monitoramento, auditoria e fiscalização da produção assistencial, contribuindo para assegurar a aderência ao perfil assistencial contratado e à capacidade instalada da unidade.
Meta	Envio da Informação.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de produção - quantidade absoluta).
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). Crítérios 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). Denominador: Não se aplica, por tratar-se de indicador de quantidade absoluta (produção). Observações Técnicas: • 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.). • O indicador possui caráter de monitoramento assistencial e não será valorado para fins de repasse financeiro, não produzindo impacto sobre o valor global do contrato; • 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. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS): Manual Técnico Operacional. Brasília: Ministério da Saúde, versão vigente.
--	--

2.2.1.2. AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE EXAMES DE MAMOGRAFIA

Nome	Ampliação da Oferta de Exames de Mamografia						
Conceituação	Corresponde ao quantitativo de exames de mamografia ofertados pela unidade para agendamento e ao quantitativo de exames efetivamente realizados no período de referência, decorrentes da ampliação da oferta assistencial pactuada.						
Importância	Este indicador é fundamental para o monitoramento da ampliação do acesso aos exames de mamografia, permitindo acompanhar a capacidade da unidade de disponibilizar vagas para agendamento e atender à demanda assistencial pactuada. O acompanhamento do indicador possibilita verificar, de forma sistemática, o quantitativo de exames ofertados e o quantitativo efetivamente realizado, permitindo identificar eventuais diferenças entre a oferta disponibilizada e a utilização dos serviços e subsidiar a adoção de medidas para otimização das agendas e dos fluxos assistenciais. A ampliação da oferta de mamografia contribui para o acesso oportuno à investigação e ao rastreamento do câncer de mama, favorecendo a identificação de alterações mamárias em tempo adequado e o encaminhamento dos casos que necessitem de avaliação complementar, em conformidade com as diretrizes assistenciais vigentes. Adicionalmente, o indicador subsidia o planejamento da capacidade operacional, a organização das agendas e a avaliação da efetividade da ampliação da oferta, contribuindo para a qualificação do acesso aos serviços de diagnóstico na rede de atenção à saúde.						
Meta	Ofertar 442 Exames de Mamografia .						
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de produção - quantidade absoluta).						
Definição	Numerador: • Quantitativo de exames de mamografia ofertados para agendamento pela unidade no período de referência, decorrentes da ampliação da oferta assistencial pactuada; e • Quantitativo de exames de mamografia efetivamente realizados pela unidade no período de referência, devidamente registrados e validados nos sistemas oficiais ou institucionais de informação em saúde. Forma de apresentação: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Informação</th><th>Quantitativo</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Exames de mamografia ofertados para agendamento</td><td>442</td></tr> <tr> <td>Exames de mamografia efetivamente realizados</td><td>250</td></tr> </tbody> </table>	Informação	Quantitativo	Exames de mamografia ofertados para agendamento	442	Exames de mamografia efetivamente realizados	250
Informação	Quantitativo						
Exames de mamografia ofertados para agendamento	442						
Exames de mamografia efetivamente realizados	250						

Denominador:

Não se aplica, por se tratar de indicador de **quantidade absoluta**, com monitoramento da oferta e da produção efetivamente realizada.

Critérios de Inclusão**Para exames de mamografia ofertados:**

- Exames de mamografia contemplados na oferta assistencial pactuada;
- Vagas efetivamente disponibilizadas para agendamento pela unidade no período de referência;
- Oferta registrada em agenda assistencial ou sistema institucional correspondente;
- Quantitativos disponibilizados de acordo com a capacidade operacional e os fluxos de regulação estabelecidos pela CONTRATANTE.

Para exames de mamografia realizados:

- Exames de mamografia efetivamente realizados pela unidade no período de referência;
- Exames contemplados na carteira de serviços e na oferta assistencial pactuada;
- Exames devidamente registrados no sistema oficial ou institucional de informação em saúde;
- Exames com registro que permita comprovar sua efetiva realização;
- Cada exame efetivamente realizado deverá ser contabilizado uma única vez.

Critérios de Exclusão**Para exames de mamografia ofertados:**

- Vagas apenas previstas ou planejadas, mas não disponibilizadas efetivamente para agendamento;
- Agendamentos cancelados antes da disponibilização da vaga;
- Quantitativos informados sem comprovação de registro na agenda ou sistema institucional;
- Ofertas que não estejam contempladas na carteira de serviços ou no escopo assistencial pactuado.

Para exames de mamografia realizados:

- Exames apenas solicitados ou agendados, mas não realizados;
- Exames cancelados ou suspensos;
- Exames em que o usuário não compareceu;
- Exames realizados fora da unidade e que não correspondam à produção própria da CONTRATADA;
- Registros duplicados;
- Registros incompletos, inconsistentes ou não validados;
- Exames sem comprovação de efetiva realização.

Nota: para fins de apuração, o quantitativo ofertado e o quantitativo realizado deverão ser registrados separadamente, não sendo admitida a utilização do número de exames realizados como substituto do quantitativo de exames ofertados.

Observação:

- O indicador possui caráter de monitoramento assistencial e não será valorado para fins de repasse financeiro, não produzindo impacto sobre o valor global do contrato;
- Os exames de mamografia poderão ser realizados a partir de demanda interna da unidade, mediante solicitação do profissional médico responsável pelo atendimento, quando identificada a necessidade assistencial, ou por meio de demanda regulada pela CONTRATANTE, observados os critérios, fluxos e protocolos de acesso vigentes. Para

	fins de monitoramento, a CONTRATADA deverá informar separadamente os quantitativos de exames ofertados para agendamento e efetivamente realizados, independentemente da origem da demanda. 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. Instituto Nacional de Câncer (INCA). <i>Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama</i>. Rio de Janeiro: INCA, 2023. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025. Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
--	--

2.2.1.3. NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Nome	Número de Atendimento Médicos em Otorrinolaringologia
Conceituação	Corresponde ao número de consultas médicas em Otorrinolaringologia efetivamente realizadas pela unidade no período de referência, destinadas à avaliação especializada de usuários com suspeita ou diagnóstico de deficiência auditiva, incluindo a identificação da necessidade de investigação complementar por meio do exame de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE/BERA), conforme os fluxos assistenciais e a oferta pactuada.
Importância	Este indicador é fundamental para o monitoramento do acesso à avaliação especializada em Otorrinolaringologia para usuários com suspeita ou diagnóstico de deficiência auditiva, contribuindo para a identificação das necessidades de investigação diagnóstica e para o adequado encaminhamento aos exames complementares, especialmente o PEATE/BERA, quando indicado. O acompanhamento da produção permite avaliar a capacidade da unidade de atender à demanda assistencial relacionada à deficiência auditiva, organizar os fluxos de avaliação e encaminhamento e favorecer a redução do tempo entre a identificação da alteração auditiva, a avaliação especializada e a realização do exame diagnóstico. Além disso, o indicador contribui para a qualificação da linha de cuidado da pessoa com deficiência auditiva, favorecendo o diagnóstico oportuno, a definição da conduta assistencial e a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.
Meta	Realizar 294 Atendimento Médicos em Otorrinolaringologia .
Método de Cálculo	Numerador - Indicador de quantidade absoluta (produção).
Definição	Numerador: Total de consultas médicas em Otorrinolaringologia efetivamente realizadas e concluídas no período de referência, destinadas à avaliação especializada de usuários com suspeita ou diagnóstico de deficiência auditiva, incluindo aquelas nas quais seja identificada indicação para realização do exame de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE/BERA). Crítérios de Inclusão: Consultas médicas de Otorrinolaringologia efetivamente realizadas e concluídas no período de referência;

- Consultas destinadas à avaliação de usuários com suspeita ou diagnóstico de deficiência auditiva;
- Consultas nas quais houver avaliação da necessidade de investigação complementar da função auditiva;
- Consultas que resultem, quando clinicamente indicado, em solicitação ou encaminhamento para realização do PEATE/BERA;
- Consultas devidamente registradas no prontuário e/ou sistema oficial ou institucional de informação em saúde;
- Consultas realizadas por médico legalmente habilitado para o exercício profissional.

Crítérios de Exclusão:

- Consultas apenas ofertadas ou disponibilizadas para agendamento, mas não realizadas;
- Consultas agendadas e não realizadas por ausência do usuário;
- Consultas canceladas, suspensas ou não concluídas;
- Consultas de Otorrinolaringologia destinadas exclusivamente a condições que não estejam relacionadas à demanda assistencial de deficiência auditiva, quando o indicador estiver especificamente vinculado ao Programa PEATE/BERA;
- Atendimento realizados por profissionais que não sejam médicos;
- Consultas realizadas fora da unidade e que não correspondam à produção própria da CONTRATADA;
- Registros duplicados;
- Registros incompletos, inconsistentes ou não validados;
- Consultas sem comprovação de efetiva realização.

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

Observação: A consulta de Otorrinolaringologia integra a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva, que contempla avaliação, diagnóstico e exames de apoio diagnóstico em otologia.

NOTA: Na ausência de demanda regulada ou de usuários em fila de espera para atendimento em Otorrinolaringologia no âmbito da demanda relacionada à avaliação de deficiência auditiva e ao Programa PEATE/BERA, a CONTRATADA deverá direcionar a capacidade assistencial disponível para o atendimento de usuários em fila de espera para outras condições otorrinolaringológicas, observados os fluxos de regulação e os critérios de acesso estabelecidos pela CONTRATANTE, de modo a assegurar a utilização da capacidade instalada e evitar a ociosidade do profissional.

Observação:

- O indicador possui caráter de monitoramento assistencial e não será valorado para fins de repasse financeiro, não produzindo impacto sobre o valor global do contrato;
- 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. *Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde.

2.2.1.4 NÚMERO DE EXAMES PEATE/BERA

Nome	Número de Exames PEATE/BERA
------	-----------------------------

Conceituação	Corresponde ao quantitativo de exames de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE/BERA) efetivamente realizados pela unidade no período de referência, destinados à avaliação objetiva da função auditiva e à investigação diagnóstica de alterações da via auditiva, conforme indicação clínica e oferta assistencial pactuada.
Importância	Este indicador é fundamental para o monitoramento da produção de exames de PEATE/BERA, permitindo avaliar a capacidade da unidade de disponibilizar e realizar investigação objetiva da função auditiva e de alterações relacionadas à via auditiva. O acompanhamento do indicador possibilita monitorar a utilização da capacidade instalada, a adequação da produção à demanda assistencial e a regularidade da oferta do exame, subsidiando a organização das agendas e dos fluxos de acesso. A realização do PEATE/BERA contribui para a avaliação diagnóstica de alterações auditivas e da integridade funcional das vias auditivas até o tronco encefálico, podendo ser utilizada em diferentes situações clínicas, conforme indicação profissional, contribuindo para a definição da conduta e continuidade do cuidado.
Meta	Realizar 84 Exames de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico .
Método de Cálculo	Numerador - Indicador de quantidade absoluta (produção).
Definição	Numerador: Total de exames de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE/BERA) efetivamente realizados e concluídos pela unidade no período de referência, conforme indicação clínica, independentemente da finalidade diagnóstica, e devidamente registrados e validados nos sistemas oficiais ou institucionais de informação em saúde. Critérios de Inclusão: - Exames de PEATE/BERA efetivamente realizados e concluídos no período de referência; - Exames realizados pela unidade, conforme sua carteira de serviços e oferta assistencial pactuada; - Exames realizados mediante indicação clínica, independentemente da finalidade diagnóstica, desde que contemplada no escopo assistencial da unidade; - Exames devidamente registrados no prontuário e/ou sistema oficial ou institucional de informação em saúde; - Exames com registro que permita comprovar sua efetiva realização; - Cada exame efetivamente realizado deverá ser contabilizado uma única vez. Critérios de Exclusão: - Exames apenas solicitados, mas não realizados; - Exames ofertados ou disponibilizados para agendamento, mas não realizados; - Exames agendados e não realizados; - Exames cancelados ou suspensos; - Exames em que o usuário não compareceu; - Exames realizados fora da unidade e que não correspondam à produção própria da CONTRATADA; - Registros duplicados; - Registros incompletos, inconsistentes ou não validados; - Exames sem comprovação de efetiva realização. Denominador: Não se aplica, por tratar-se de indicador de quantidade absoluta (produção). Observações: - O indicador possui caráter de monitoramento assistencial e não será valorado para fins de repasse financeiro, não produzindo impacto sobre o valor global do contrato; - 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. *Pessoas com Deficiência Auditiva – Linha de Cuidado.*

Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.*

Brasília: Ministério da Saúde.

2.2.1.5 NÚMERO DE CONSULTAS DE NEUROPEDIATRIA - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) E DEMAIS CONDIÇÕES RELACIONADAS À NEURODIVERSIDADE

Nome	Número de Consultas de Neuropediatria – Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Demais Condições Relacionadas à Neurodiversidade
Conceituação	Corresponde ao número de consultas médicas especializadas em Neuropediatria ofertadas para agendamento, agendadas e efetivamente realizadas, no período de referência, destinadas à avaliação e investigação diagnóstica de crianças e adolescentes com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e demais condições relacionadas à neurodiversidade, conforme a oferta assistencial pactuada.
Importância	Este indicador é fundamental para o monitoramento da oferta de avaliação diagnóstica especializada em Neuropediatria para crianças e adolescentes com suspeita de TEA e demais condições relacionadas à neurodiversidade, permitindo acompanhar a capacidade da unidade de realizar avaliação neurológica especializada e contribuir para a definição diagnóstica dos usuários encaminhados pela rede de atenção à saúde. O indicador possibilita mensurar a produção de consultas destinadas à investigação diagnóstica, contribuindo para a redução do tempo de espera para avaliação especializada e ampliação do acesso oportuno ao diagnóstico. A avaliação especializada em tempo adequado favorece a identificação das necessidades específicas de cada criança ou adolescente e o encaminhamento oportuno para os serviços, intervenções e cuidados necessários, contribuindo para a integralidade e a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Adicionalmente, o indicador subsidia o planejamento da oferta assistencial, a organização das agendas e o dimensionamento da capacidade operacional da unidade, permitindo acompanhar a demanda por avaliação diagnóstica especializada e orientar a organização dos fluxos assistenciais.
Meta	Realizar 154 consultas de Neuropediatria, mensalmente , destinadas à avaliação diagnóstica de crianças e adolescentes com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e demais condições relacionadas à neurodiversidade.
Método de Cálculo	Numerador - Indicador de quantidade absoluta (produção).
Definição	Numerador: Total de consultas médicas de Neuropediatria efetivamente realizadas e concluídas no período de referência, destinadas à avaliação e investigação diagnóstica de crianças e adolescentes com suspeita de TEA ou demais condições relacionadas à neurodiversidade. Serão contabilizadas: • Primeiras consultas para avaliação diagnóstica; • Consultas subsequentes necessárias à conclusão da avaliação diagnóstica; • Consultas de retorno vinculadas ao processo de investigação diagnóstica; • Consultas realizadas por médico especialista em Neurologia Pediátrica/Neuropediatria;

- Consultas devidamente registradas e validadas nos sistemas oficiais ou institucionais de informação.

Critérios de Inclusão:

- Crianças e adolescentes com suspeita de TEA ou de outras condições relacionadas à neurodiversidade encaminhados para avaliação especializada em Neuropediatria;
- Consultas destinadas à investigação, avaliação ou conclusão diagnóstica do TEA;
- Consultas efetivamente realizadas e concluídas no período de referência;
- Primeiras consultas, retornos e consultas subsequentes, quando vinculados ao processo de avaliação diagnóstica;
- Atendimento realizado por profissional médico habilitado em Neurologia Pediátrica/Neuropediatria;
- Registros assistenciais devidamente preenchidos, identificados e validados nos sistemas oficiais ou institucionais de informação em saúde.

Critérios de Exclusão:

- Consultas de acompanhamento clínico de pacientes com diagnóstico já estabelecido, quando não estiverem relacionadas a **processo de avaliação ou investigação diagnóstica**;
- Consultas destinadas exclusivamente ao tratamento ou acompanhamento de comorbidades;
- Consultas de puericultura ou acompanhamento pediátrico de rotina;
- Consultas de outras especialidades médicas;
- Consultas canceladas ou não realizadas;
- Atendimento em que houve ausência do paciente;
- Registros incompletos, inconsistentes ou não validados;
- Registros duplicados referentes à mesma consulta;
- Procedimentos ou exames realizados sem consulta médica de Neuropediatria associada.

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

Observações:

- O indicador possui caráter de monitoramento assistencial e não será valorado para fins de repasse financeiro, não produzindo impacto sobre o valor global do contrato;
- A disponibilização de vagas para agendamento constitui requisito operacional para o cumprimento da meta, permanecendo a apuração do indicador baseada no quantitativo de consultas efetivamente realizadas;
- 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. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Linhas de Cuidado: Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança*. Brasília: Ministério da Saúde.

2.2.1.6. NÚMERO DE ATENDIMENTOS MULTIPROFISSIONAIS À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) E DEMAIS CONDIÇÕES RELACIONADAS À NEURODIVERSIDADE

Nome	Número de Atendimentos Multiprofissionais à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Demais Condições Relacionadas à Neurodiversidade.
Conceituação	Corresponde ao quantitativo de atendimentos multiprofissionais ofertados para agendamento, agendados e efetivamente realizados pela unidade, no período de referência, às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e demais condições relacionadas à neurodiversidade, conforme a oferta assistencial pactuada.
Importância	Este indicador é fundamental para o monitoramento da oferta e da produção de atendimentos multiprofissionais destinados às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e demais condições relacionadas à neurodiversidade, permitindo avaliar a capacidade da unidade de garantir acesso e continuidade do cuidado especializado. O acompanhamento do indicador possibilita mensurar a quantidade de atendimentos efetivamente realizados pelas diferentes categorias profissionais, permitindo avaliar a utilização da capacidade assistencial disponível, a adequação da oferta à demanda e a regularidade do acompanhamento multiprofissional. A atuação integrada de diferentes profissionais contribui para uma abordagem individualizada e interdisciplinar, considerando as necessidades funcionais, comportamentais, comunicacionais, cognitivas e sociais de cada usuário. Dessa forma, o indicador contribui para a integralidade do cuidado, prevenção de agravos, desenvolvimento de habilidades e melhoria da qualidade de vida das pessoas acompanhadas. Adicionalmente, o indicador subsidia o planejamento da capacidade assistencial, a organização das agendas e o dimensionamento dos recursos humanos necessários, permitindo identificar necessidades de adequação da oferta e fortalecer a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.
Meta	Realizar 393 Consultas Multiprofissionais à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Demais Condições Relacionadas à Neurodiversidade.
Método de Cálculo	Numerador - Indicador de quantidade absoluta (produção).
Definição	Numerador: Total de atendimentos multiprofissionais efetivamente realizados e concluídos pela unidade no período de referência, destinados às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e demais condições relacionadas à neurodiversidade, conforme a oferta assistencial pactuada. Serão contabilizados: - Atendimentos realizados pelos profissionais integrantes da equipe multiprofissional prevista na carteira de serviços da unidade; - Atendimentos individuais ou em outras modalidades assistenciais previstas no escopo pactuado; - Atendimentos destinados a pessoas com TEA ou demais condições relacionadas à neurodiversidade; - Atendimentos efetivamente realizados e concluídos no período de referência; - Atendimentos de avaliação, intervenção, habilitação, reabilitação ou acompanhamento, conforme o escopo assistencial pactuado; - Cada atendimento efetivamente realizado deverá ser contabilizado individualmente; - Registros devidamente preenchidos, identificados e validados nos sistemas oficiais ou institucionais de informação em saúde. Critérios de Inclusão: - Pessoas com diagnóstico ou suspeita de TEA e demais condições relacionadas à neurodiversidade, conforme o escopo assistencial do serviço;

- Atendimentos realizados por profissionais de nível superior ou demais categorias profissionais que integrem a equipe multiprofissional prevista na carteira de serviços;
- Atendimentos efetivamente realizados e concluídos no período de referência;
- Atendimentos vinculados ao plano ou fluxo assistencial estabelecido para o usuário;
- Atendimentos devidamente registrados no prontuário e/ou sistema oficial ou institucional de informação em saúde;
- Atendimentos realizados mediante demanda interna ou encaminhamento/regulação, conforme os fluxos estabelecidos pela CONTRATANTE.

Crítérios de Exclusão:

- Atendimentos apenas ofertados ou disponibilizados para agendamento, mas não realizados;
- Atendimentos agendados e não realizados;
- Cancelamentos e suspensões;
- Atendimentos em que houve ausência do usuário;
- Atendimentos realizados fora da unidade e que não correspondam à produção própria da CONTRATADA;
- Atendimentos que não estejam relacionados ao escopo assistencial do programa;
- Registros duplicados referentes ao mesmo atendimento;
- Registros incompletos, inconsistentes ou não validados;
- Procedimentos ou atividades administrativas que não caracterizem atendimento assistencial ao usuário.

Denominador:

Não se aplica, por se tratar de indicador de quantidade absoluta de produção assistencial.

Observação:

- A disponibilização de vagas para agendamento constitui requisito operacional para o cumprimento da meta, permanecendo a apuração do indicador baseada no quantitativo de consultas efetivamente realizadas;
- 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. *Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Linha de Cuidado: Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança*. Brasília: Ministério da Saúde.

2.3 INDICADORES DE QUALIDADE

Com o intuito de qualificar a análise dos indicadores de qualidade dos contratos de gestão foi desenvolvido um Índice Global de Qualidade, que abrange áreas essenciais como: coordenação do cuidado, eficiência de gestão, segurança do paciente, integração atenção especializada–atenção primária, atenção ao usuário, transparência, educação permanente.

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

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

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR
						PONTUAÇÃO POR GRUPO
COORDENAÇÃO DO CUIDADO	Percentual de Pacientes	Assegurar a elaboração e o	≥90,0% dos pacientes da	Pontuação: 8	SIMAS ou outra solução determinada	8
						15

	elegíveis com Plano Terapêutico Singular Formalizado.	registro formal do Plano Terapêutico Singular.	atenção ambulatorial elegíveis.		pela SES/PE.	
			≥80,0% a <90,0% dos pacientes da atenção ambulatorial elegíveis.	Pontuação: 4		
			<80,0% dos pacientes da atenção ambulatorial elegíveis.	Pontuação: 0		
	Percentual de Consultas Elegíveis com Registro de Contrarreferência.	Verificar a formalização do processo de contrarreferência.	≥90,0% das consultas elegíveis com registro de contrarreferência.	Pontuação: 7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7
			≥80,0% a <90,0% das consultas elegíveis com registro de contrarreferência.	Pontuação: 4		
			<80,0% das consultas elegíveis com registro de contrarreferência.	Pontuação: 0		
EFICIÊNCIA DE GESTÃO	Taxa de Cancelamento de Consultas e Exames por Motivos Alheios aos Pacientes.	Monitorar cancelamentos decorrentes de causas institucionais.	Envio da Informação.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7
	Tempo Médio de Liberação dos Resultados de Exames Diagnósticos.	Monitorar a agilidade e a efetividade dos fluxos internos de diagnóstico.	≤15 dias para entrega dos resultados dos exames.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7
	Percentual de Pacientes que realizaram exame em até 30 dias após a solicitação.	Monitorar o cumprimento dos prazos assistenciais pactuados.	≥90,0% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7
			≥80,0% e <90,0% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:5		
			≥70,0% e < 80,0% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:3		
			<70,0% dos exames diagnósticos realizados em até 30 dias.	Pontuação:0		
SEGURANÇA DO PACIENTE	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente.	Garantir que os incidentes de segurança sejam registrados, analisados e corrigidos.	Envio mensal do relatório.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7
						7
INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO ESPECIALIZADA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	Percentual de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	Monitorar a execução das atividades de matriciamento conforme o planejamento pactuado.	≥90,0% de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	Pontuação: 8	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	8
			≥80,0% a <90,0% de Execução das	Pontuação: 4		

			Atividades de Matriciamento Pactuadas.				
			<80,0 % de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas.	Pontuação: 0			
			≥90,0% de execução das atividades de qualificação da supervisão do cuidado pactuadas.	Pontuação: 7			
			≥80,0% a <90,0% de execução das atividades de qualificação da supervisão do cuidado pactuadas.	Pontuação: 3			
			<80,0 % de execução das atividades de qualificação da supervisão do cuidado pactuadas.	Pontuação: 0			
	Percentual de Execução das Atividades de Qualificação da Supervisão do Cuidado.	Avaliar a qualidade e a consistência das orientações técnicas fornecidas às equipes assistenciais.			SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	
ATENÇÃO AO USUÁRIO			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%.	Pontuação: 7			
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%.	Pontuação: 5			
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%.	Pontuação: 3			
			Aferir satisfação do usuário menor que 70,0%.	Pontuação: 0			
	Satisfação do Usuário.	Aferição mensal do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes atendidos.			SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Publicação mensal das respostas às queixas recebidas na unidade de saúde.			SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	7	14
TRANSPARÊNCIA	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência	Aferição mensal de informações de transparência em consonância com normativas vigentes.	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 7	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE.	7	7
			Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 5			
			Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 3			

			Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 1			
			Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 0			
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.	Avaliar a execução do plano de educação permanente.	≥90,0% a 100% das ações de educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 7	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	7	21
			≥80,0% a 89,9% das ações de educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 5			
			≥70,0% a 79,9% das ações de educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 3			
			<70,0% das ações de educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 0			
	Taxa de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente	Avaliar o nível de engajamento da equipe assistencial (médicos, enfermeiros, demais profissionais de nível superior e de nível técnico) nas ações de educação permanente promovidas pela unidade.	Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 7	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	7	
			Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 5			
			Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 3			
			Percentual menor que 60,0% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 0			

			Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 7		
			Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Pontuação:5		
			Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Pontuação:3		
		Monitorar o grau de participação da equipe administrativa nas ações de educação permanente promovidas pela unidade.	Percentual menor que 60,0% de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Pontuação:0	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	7
	Taxa de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente					
Total						100

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

2.3.1. FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DE QUALIDADE COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

INDICADORES RELACIONADOS À COORDENAÇÃO DO CUIDADO

2.3.1.1. PERCENTUAL DE PACIENTES ELEGÍVEIS COM PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR FORMALIZADO

Nome	Percentual de Pacientes Elegíveis com Plano Terapêutico Singular Formalizado
	O Percentual de Pacientes Elegíveis com Plano Terapêutico Singular (PTS) Formalizado mede a proporção de usuários elegíveis, acompanhados na Atenção Ambulatorial Especializada, que possuem Plano Terapêutico Singular elaborado de forma multiprofissional, formalizado e registrado em prontuário.
Conceituação	O PTS consiste em um instrumento de organização e coordenação do cuidado, construído de maneira compartilhada pela equipe multiprofissional, que define objetivos terapêuticos, intervenções, responsabilidades, estratégias de acompanhamento e critérios de reavaliação, sendo indicado especialmente para pacientes com condições clínicas complexas, necessidade de cuidado longitudinal ou acompanhamento multiprofissional estruturado.
Importância	O Plano Terapêutico Singular é um dos principais instrumentos para garantir a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada. Sua adoção permite organizar as ações clínicas e terapêuticas de forma articulada entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, evitando a fragmentação da assistência e assegurando que o acompanhamento do paciente esteja alinhado às suas necessidades clínicas, funcionais e psicossociais. A formalização do PTS em prontuário fortalece a comunicação entre a equipe multiprofissional, qualifica o processo decisório, aumenta a segurança do paciente e favorece o monitoramento da evolução clínica e dos resultados terapêuticos. Além disso, contribui para a racionalização do uso de recursos assistenciais, a prevenção de agravamentos e internações evitáveis e a melhoria dos desfechos em saúde.

	Como indicador de qualidade, o percentual de pacientes com PTS formalizado permite avaliar o grau de organização do cuidado especializado, a efetividade da atuação multiprofissional e a aderência da unidade às diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada Ambulatorial.
Meta	≥ 90% dos pacientes elegíveis da atenção ambulatorial especializada com PTS formalizado.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x 100
Definição	Numerador: Número de pacientes elegíveis da Atenção Ambulatorial Especializada que, no período de apuração, possuam Plano Terapêutico Singular formalizado, elaborado de forma multiprofissional e devidamente registrado em prontuário físico ou eletrônico. CrITÉrios de Inclusão: São incluídos no numerador os pacientes que atendam simultaneamente aos seguintes critérios: • Pacientes considerados elegíveis para elaboração de PTS, conforme critérios definidos para o denominador; • PTS elaborado de forma multiprofissional; • PTS formalizado e registrado em prontuário; • PTS contendo, no mínimo: ◦ Identificação do paciente; ◦ Diagnóstico(s) ou condição clínica principal; ◦ Objetivos terapêuticos definidos; ◦ Intervenções pactuadas; ◦ Profissionais envolvidos no cuidado; ◦ Periodicidade ou critério de reavaliação.

CrITÉRIOS de Exclusão:

- PTS incompleto ou não registrado em prontuário.

Denominador:

Total de pacientes acompanhados na atenção ambulatorial especializada que atendam aos critérios de elegibilidade para elaboração de Plano Terapêutico Singular no período de apuração.

CrITÉRIOS de Inclusão

São considerados **elegíveis para o PTS** os pacientes que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

- Pacientes com **doenças crônicas complexas**, caracterizadas pela presença de **múltiplas comorbidades** (ex.: diabetes mellitus associada à hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica, obesidade, entre outras);
- Pacientes em **processo de reabilitação funcional**, de natureza neurológica, ortopédica ou cardiorrespiratória;
- Pessoas com **deficiência física, intelectual ou sensorial** que impacte de forma significativa o cuidado e o plano assistencial;
- Pacientes com **doenças crônicas descompensadas** ou com **histórico de internações recorrentes**;
- Pacientes com **condições clínicas que demandem cuidado prolongado e acompanhamento longitudinal**;
- Pacientes com **necessidades psicossociais relevantes** que interfiram na adesão ou na condução do tratamento;
- Pacientes acompanhados de forma **multiprofissional estruturada**, envolvendo duas ou mais categorias profissionais, tais como médico, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, entre outras;

CrITÉRIOS de Exclusão:

- Pacientes com condição clínica estável, em seguimento ambulatorial rotineiro, sem necessidade de cuidado multiprofissional estruturado;

- Casos resolvidos exclusivamente por protocolos assistenciais padronizados;
- Atendimentos pontuais ou episódicos, sem indicação de acompanhamento longitudinal.

Justificativa técnica:

A elaboração do Plano Terapêutico Singular é reconhecida pelo Ministério da Saúde como instrumento essencial para o cuidado contínuo, especialmente nos casos de doenças crônicas, reabilitação, deficiências, condições complexas e necessidades prolongadas de cuidado. As diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada Ambulatorial e as normativas da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793,2012) reconhecem o PTS como parte integrante do processo assistencial, não sendo uma ação opcional para pacientes elegíveis.

Dessa forma, a ausência de PTS para pacientes que atendam aos critérios de elegibilidade caracteriza fragilidade na organização do cuidado e compromete a integralidade da atenção.

Observações para Comprovação do Indicador

Para fins de monitoramento e comprovação do indicador, a unidade de saúde deverá encaminhar à SES/PE relatório contendo a identificação de todos os pacientes elegíveis e a informação objetiva quanto à existência do PTS formalizado.

Recomenda-se a utilização de planilha padronizada, assegurando rastreabilidade, transparência e possibilidade de auditoria, contendo, no mínimo:

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

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

Observação:

- Para assegurar a transparência, a fidedignidade das informações e a adequada avaliação do indicador, é fundamental que os dados encaminhados à CTAI estejam completos, corretos e apresentados de forma clara e objetiva. O preenchimento padronizado e a organização das evidências fortalecem a credibilidade do processo de monitoramento, qualificam a gestão da informação e contribuem para decisões mais assertivas no âmbito da Política de Atenção Ambulatorial.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, 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. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Especializada Ambulatorial. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos HumanizaSUS, v. 1).

2.3.1.2. PERCENTUAL DE CONSULTAS ELEGÍVEIS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADAS COM REGISTRO DE CONTRARREFERÊNCIA

Nome	Percentual de Consultas Elegíveis Ambulatoriais Especializadas com Registro de Contrarreferência
Conceituação	O indicador mensura o percentual de consultas ambulatoriais especializadas elegíveis nas quais foi realizado o registro formal da contrarreferência, contendo informações clínicas e assistenciais necessárias à continuidade do cuidado no serviço de origem ou em outro ponto da Rede de Atenção à Saúde.
Importância	O registro da contrarreferência constitui instrumento de comunicação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a continuidade e a coordenação do cuidado. A disponibilização de informações sobre avaliação clínica, diagnóstico, conduta adotada, tratamento e orientações para seguimento permite que a equipe responsável pela continuidade da assistência disponha dos elementos necessários para o acompanhamento do usuário, reduzindo a fragmentação do cuidado e a duplicidade de procedimentos.
Meta	≥ 90% das consultas ambulatoriais elegíveis com registro de contrarreferência.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	Numerador: Número de consultas ambulatoriais especializadas elegíveis que apresentem registro de contrarreferência realizado pela equipe assistencial, contendo as informações mínimas estabelecidas nesta ficha técnica. Denominador: Número total de consultas ambulatoriais especializadas elegíveis para contrarreferência, realizadas no período de referência. Crítérios de Inclusão: • Consultas ambulatoriais especializadas efetivamente realizadas no período; • Consultas classificadas como elegíveis para contrarreferência; • Consultas com registro de contrarreferência realizado em prontuário físico ou eletrônico; • Registros que contenham as informações mínimas necessárias para a continuidade do cuidado; • Contrarreferências devidamente identificadas e vinculadas ao atendimento realizado.

Crêterios de Exclusão:

- Consultas não realizadas;
- Registros duplicados;
- Atendimentos que não sejam consultas ambulatoriais especializadas;
- Consultas não elegíveis para contrarreferência, conforme os cr terios estabelecidos nesta ficha;
- Situações em que o acompanhamento permaneça exclusivamente sob responsabilidade da atenção especializada e não haja necessidade de comunicação ao serviço de origem ou a outro ponto da rede.

Crêterios de Elegibilidade

Para fins deste indicador, são consideradas **elegíveis para contrarreferência** as consultas nas quais, ao término do atendimento especializado, houver necessidade de comunicação das informações e condutas adotadas ao serviço de origem ou a outro ponto da Rede de Atenção   Saúde.

São consideradas elegíveis, entre outras:

- consultas com **alta do acompanhamento especializado**;
- consultas após **conclusão da investigação diagnóstica**;
- consultas nas quais tenha sido estabelecido **plano terapêutico para continuidade do cuidado na APS**;
- consultas em que tenha sido definida **conduta que demande acompanhamento pelo serviço de origem**;
- consultas em que o paciente necessite de **seguimento compartilhado** entre a atenção especializada e outro ponto da rede;
-

consultas em que tenha sido definido **encaminhamento para outro serviço ou profissional da Rede de Atenção à Saúde**;

-

consultas de retorno nas quais tenha ocorrido mudança relevante de diagnóstico, conduta ou plano terapêutico que deva ser comunicada ao serviço responsável pela continuidade do cuidado.

Não serão consideradas elegíveis

-

consultas cujo cuidado permaneça integralmente sob responsabilidade do serviço especializado, sem necessidade de comunicação ao serviço de origem;

-

atendimentos exclusivamente internos ou administrativos;

-

consultas em que não tenha sido definida conduta assistencial;

-

situações em que a própria organização da linha de cuidado determine a permanência do acompanhamento exclusivamente no serviço especializado.

Requisitos mínimos da Contrarreferência

Para fins de contabilização no numerador, o registro de contrarreferência deverá conter, **conforme aplicável ao caso**, no mínimo:

- 1.

Identificação do paciente;

- 2.

Identificação da unidade ou serviço de origem;

- 3.

Data do atendimento;

- 4.

Especialidade e identificação do profissional responsável;

- 5.

Diagnóstico ou hipótese diagnóstica, incluindo CID quando aplicável;

- 6.

Síntese da avaliação realizada;

- 7.

Condutas e procedimentos realizados durante o atendimento;

8.

Tratamento instituído ou mantido, quando aplicável;

9.

Orientações para continuidade do cuidado;

10.

Necessidade de acompanhamento, retorno, alta ou encaminhamento, conforme o caso;

11.

Informações relevantes para o seguimento do paciente pela equipe de origem ou pelo serviço de destino.

Não é necessário que todos os campos sejam preenchidos quando determinado elemento **não for aplicável ao caso clínico**, devendo, entretanto, haver informações suficientes para permitir a continuidade adequada do cuidado.

Exemplo de Contrarreferência**CONTRARREFERÊNCIA – ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**

Paciente: João da Silva

Data de nascimento: 10/05/1965

Unidade de origem: UBS Exemplo – Município X

Especialidade: Cardiologia

Data da consulta: 18/08/2026

Profissional: Dr. XXXXX – CRM XXXXX

Motivo do encaminhamento: Avaliação de hipertensão arterial de difícil controle.

Avaliação/Diagnóstico:

Paciente avaliado em consulta especializada, apresentando hipertensão arterial sistêmica em acompanhamento, sem sinais de descompensação no momento. Exames apresentados foram avaliados durante a consulta.

Conduta realizada:

Realizada avaliação clínica e revisão do tratamento medicamentoso. Ajustada a terapêutica conforme avaliação especializada.

Orientações para continuidade do cuidado:

Manter acompanhamento pela Atenção Primária à Saúde, com monitoramento periódico da pressão arterial e adesão ao tratamento. Orientado acompanhamento dos fatores de risco cardiovascular e manutenção das medidas não farmacológicas.

Plano de seguimento:

Retorno à UBS para acompanhamento clínico. Retorno à Cardiologia conforme necessidade clínica ou mediante novo encaminhamento.

Situação:

☒ Contrarreferência para acompanhamento na APS

☐ Manutenção do acompanhamento especializado

- ☐ Alta do serviço especializado
- ☐ Encaminhamento para outro serviço

Profissional responsável:

Nome / assinatura / identificação profissional.

Destino da Contrarreferência

A contrarreferência deverá ser direcionada ao **serviço de origem do paciente**, preferencialmente à Unidade Básica de Saúde ou à equipe responsável pelo acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

Quando a continuidade do cuidado exigir encaminhamento para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde, a contrarreferência poderá ser direcionada ao **serviço ou profissional responsável pelo seguimento subsequente**, conforme o fluxo assistencial estabelecido.

O registro deverá possibilitar a identificação do **destinatário da informação**, favorecendo a continuidade e a coordenação do cuidado.

Forma de Avaliação pela CTAI

A avaliação do indicador será realizada pela **CTAI**, mediante análise dos registros de contrarreferência apresentados pela CONTRATADA e sua correspondência com as consultas consideradas elegíveis no período.

A CTAI verificará:

1. Identificação da consulta

- identificação do paciente;
- data da consulta;
- especialidade;
- profissional responsável;
- correspondência entre a consulta realizada e o registro de contrarreferência.

2. Existência da contrarreferência

- existência do registro no prontuário ou sistema definido pela CONTRATANTE;
- identificação do serviço de origem ou serviço de destino;
- vinculação do documento ao atendimento correspondente.

3. Conteúdo da contrarreferência

Será verificado se o registro apresenta, **conforme aplicável ao caso**:

- diagnóstico ou hipótese diagnóstica;

- síntese da avaliação;
- conduta realizada;
- tratamento instituído ou mantido;
- orientações para continuidade do cuidado;
- definição de retorno, alta ou encaminhamento;
- informações relevantes para o seguimento.

4. Validação

A consulta será considerada **com contrarreferência realizada** quando houver registro formal vinculado à consulta e este apresentar informações suficientes para subsidiar a continuidade do cuidado.

Registros inexistentes, não vinculados à consulta ou que não contenham informações suficientes para a continuidade assistencial serão considerados **sem contrarreferência**, para fins de cálculo do indicador.

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

Referência:

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

INDICADORES RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DE GESTÃO

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

Nome	Taxa de Cancelamento de Consultas e Exames por Motivos Alheios aos Pacientes
Conceituação	O indicador mede a proporção de consultas e exames cancelados por razões atribuídas à unidade de saúde — como falta de profissional, indisponibilidade de sala/equipamento, ausência de materiais, erros de agendamento ou problemas administrativos. Ele revela o quanto a gestão consegue garantir a execução da agenda programada e o uso eficiente dos recursos assistenciais.
Importância	Este indicador é fundamental para avaliar a eficiência da gestão da unidade de saúde. Cancelamentos ocasionados por falta de profissionais, indisponibilidade de equipamentos, problemas administrativos, erros de agendamento ou outras falhas operacionais representam desperdício de recursos, ociosidade de agendas e retrabalho das equipes. Além de gerar custos e impactar a produtividade, esse cenário compromete a continuidade da assistência, prolonga o tempo de espera do usuário e reduz a previsibilidade do cuidado, repercutindo negativamente na satisfação do paciente e na credibilidade do serviço. Ao monitorar esse

	indicador, a gestão dispõe de evidências para identificar causas, planejar intervenções, otimizar fluxos, ajustar escalas, fortalecer processos e garantir maior estabilidade na oferta assistencial. Por isso, trata-se de um indicador estratégico para qualificar a organização do serviço, reduzir perdas e aprimorar a experiência do usuário no acesso à atenção ambulatorial.
Meta	Envio da Informação.
Método de Cálculo	Não é aplicável.
Definição	Para fins deste Contrato, consideram-se motivações alheias ao paciente, e, portanto, de responsabilidade da CONTRATADA, as seguintes causas relativas ao atendimento ambulatorial especializado: • Ausência de profissional escalado para a consulta ou exame o (médico, enfermeiro, técnico ou outro membro da equipe assistencial vinculado ao atendimento); • Falta de insumos, materiais médico-hospitalares, medicamentos ou demais itens necessários à realização do exame; • Indisponibilidade de sala ou espaço assistencial por falha de gestão da agenda, superlotação evitável ou conflitos de programação; • Inoperância de equipamentos assistenciais necessários à realização da consulta ou exame, quando decorrente de falha de manutenção preventiva ou omissão da gestão da unidade; • Falhas de agendamento, erro de planejamento, marcação indevida ou duplicidade de horário; • Ausência de autorização administrativa interna prévia necessária para a execução da consulta ou exame; • Interdições administrativas ou sanitárias decorrentes de não conformidades sob responsabilidade da CONTRATADA. • Observação 01: A CONTRATADA deverá apresentar, nos relatórios de desempenho, a consolidação dos dados referentes a este indicador, contendo a descrição individualizada dos cancelamentos atribuídos à responsabilidade institucional, acompanhados das justificativas detalhadas e 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.

REFERÊNCIA:

LOPES, Priscila Rodrigues Rabelo; MATOS, Marco Antônio Bragança de. *Diretrizes para agendamento na Atenção Ambulatorial Especializada*. 1. versão 2018; 1. revisão 2022. [S.l.: s.n.], 2022. 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resoluções e normas sanitárias aplicadas à prestação de serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2020.

2.3.1.4. TEMPO MÉDIO DE LIBERAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS

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

Exames diagnósticos realizados no âmbito da atenção ambulatorial da unidade durante o período de apuração;

-

Exames com registro confiável da data de realização/coleta e da data de disponibilização do resultado;

-

Exames com resultado liberado e acessível ao profissional solicitante e/ou ao paciente;

-

Exames laboratoriais, de imagem e outros exames complementares definidos no escopo do indicador;

-

Exames realizados por serviço próprio ou terceirizado, desde que contratualmente vinculados à unidade.

Critério de Exclusão (Numerador/Denominador):

-

Exames **cancelados, inconclusivos** ou **repetidos** por falha técnica;

-

Exames sem registro confiável de data e/ou hora de realização/coleta ou de liberação do resultado;

-

Exames realizados em **caráter de urgência ou emergência**, quando não se enquadrarem no escopo ambulatorial do indicador;

-

Exames cujo atraso na liberação decorra de **fatores externos justificados**, tais como:

-

necessidade de recoleta por inadequação da amostra;

-

intercorrências clínicas do paciente;

-

indisponibilidade temporária de insumos críticos ou equipamentos, devidamente registrada;

-

Exames encaminhados para **laboratórios de referência externa**, quando o contrato não previr controle do prazo pela unidade.

Observação:

-

A meta estabelecida para o indicador é que o tempo médio de entrega dos exames seja de até 15 dias corridos. Isso significa que, ao final de cada período de apuração, o valor médio calculado não deve ultrapassar esse limite. Quanto menor o tempo médio alcançado, melhor o desempenho assistencial e maior a efetividade no processo diagnóstico.

-

Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, 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. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005. Regulamento técnico para funcionamento de laboratórios clínicos. Brasília: ANVISA, 2005.

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

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

Definição	Numerador: Número de exames diagnósticos elegíveis realizados em até 30 dias corridos após a solicitação, no período de apuração. Critérios de Inclusão: • Exames diagnósticos ambulatoriais solicitados no período de apuração; • Exames realizados em até 30 dias corridos após a solicitação; • Exames com registro válido da data de solicitação e da data de realização; • Exames realizados pela unidade ou por serviços contratados vinculados; • Exames previstos no escopo assistencial do contrato de gestão. Critérios de Exclusão: • Exames realizados após o prazo de 30 dias corridos contados da data da solicitação; • Exames cancelados ou inconclusivos por falha técnica; • Exames adiados por indicação clínica justificada. Denominador: Total de exames diagnósticos ambulatoriais solicitados no período de apuração, elegíveis à realização. Critérios de Inclusão: • Exames solicitados no período de apuração; • Solicitações registradas em sistema oficial de informação ambulatorial; • Exames passíveis de realização no âmbito da unidade ou da rede contratada. Critérios de Exclusão: • Exames cancelados antes da data agendada; • Exames inviabilizados por intercorrência clínica devidamente registrada; • Exames de urgência/emergência fora do escopo ambulatorial;
------------------	---

- Exames não realizados por não comparecimento do paciente (faltosos), devidamente registrados.

Observação:

- Para fins de apuração do indicador, o **prazo de 30 dias corridos será contado** a partir da data de registro da solicitação do exame no sistema de informação ambulatorial até a data de realização do exame. Serão considerados exclusivamente os exames enquadrados no escopo assistencial definido no contrato de gestão, realizados no âmbito da atenção ambulatorial da unidade ou por serviços contratados. Os exames não realizados por não comparecimento do paciente deverão ser devidamente registrados e excluídos do denominador, sendo monitorados separadamente para fins de gestão.

- Os exames excluídos do denominador por **não comparecimento do paciente** deverão ser registrados e monitorados separadamente, para fins de análise gerencial e melhoria dos processos de comunicação e agendamento.

- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, 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. Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.

INDICADOR RELACIONADO À SEGURANÇA DO PACIENTE**2.3.1.6. CONFORMIDADE COM O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Nome	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente
Conceituação	Este indicador mede o cumprimento da obrigatoriedade de envio regular do Relatório de Segurança do Paciente, conforme estabelecido pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS nº 529/2013 e regulamentado pela RDC nº 36/2013 da Anvisa.
Importância	O indicador fortalece a cultura de segurança do paciente na assistência ambulatorial especializada, ao institucionalizar práticas de vigilância, detecção precoce e prevenção de riscos assistenciais nesse nível de atenção. Além disso, promove transparência na gestão dos eventos adversos ambulatoriais, contribuindo para a responsabilização das equipes e para a melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado aos usuários atendidos nos serviços especializados. Também oferece subsídios qualificados para a tomada de decisão de gestores e profissionais, permitindo análises periódicas das falhas, vulnerabilidades e não conformidades identificadas nos processos assistenciais. Cumpre ainda as exigências normativas da Anvisa e da Política Nacional de Segurança do Paciente, sendo essencial para a manutenção da regularidade sanitária de serviços ambulatoriais especializados.

	Por fim, funciona como instrumento estratégico de monitoramento institucional e contratual, podendo integrar o painel de indicadores dos contratos de gestão, auditorias e avaliações de desempenho da Rede de Atenção à Saúde.
Meta	Envio mensal do relatório.
Método de Cálculo	Não é aplicável.
Definição	O Relatório de Segurança do Paciente é essencial para monitorar, analisar e promover a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados prestados aos usuários na Atenção Especializada Ambulatorial pela CONTRATADA. Desempenha 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 ocorridos no âmbito ambulatorial, além das ações corretivas e preventivas implementadas pela instituição. A avaliação da conformidade considera tanto o envio no prazo estabelecido, quanto à completude e a consistência das informações apresentadas. A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos de segurança do paciente, alinhados às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que devem ser elaborados e implantados em todos os serviços de saúde, incluindo a Atenção Especializada Ambulatorial. São eles: higiene das mãos; cirurgia segura (quando aplicável); segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação correta dos pacientes; prevenção de quedas; e prevenção de lesões por pressão. Esses protocolos são instrumentos fundamentais para a construção de uma prática assistencial segura e constituem componentes obrigatórios dos Planos de Segurança do Paciente, conforme disposto na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Anvisa. As informações devem ser encaminhadas à Secretaria Estadual de Saúde (SES) por meio do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), garantindo rastreabilidade dos dados, transparência institucional e o cumprimento das diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), bem como das políticas de humanização da assistência no contexto da Atenção Especializada Ambulatorial. Observação: Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília – DF, [S. l.], p. 1-42, 1 jan. 2024.

INDICADORES RELACIONADOS À INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO ESPECIALIZADA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

2.3.1.7. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE MATRICIAMENTO PACTUADAS

Nome	Percentual de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas
Conceituação	O Percentual de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas é um indicador de desempenho que mensura o grau de cumprimento das atividades de matriciamento previamente pactuadas entre os pontos de atenção da rede de saúde, especialmente entre a

	Atenção Especializada e a Atenção Primária à Saúde, em um determinado período de avaliação.
Importância	O Percentual de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas reside no seu papel como instrumento de monitoramento do cumprimento das ações de matriciamento previamente acordadas pela UPAE com a Atenção Primária à Saúde, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Por meio desse indicador, torna-se possível acompanhar de forma objetiva a aderência da unidade ao planejamento assistencial e às pactuações estabelecidas nos instrumentos contratuais, garantindo maior previsibilidade, organização e rastreabilidade das ações desenvolvidas. Além disso, o indicador subsidia os processos de avaliação e acompanhamento da gestão por parte da Secretaria Estadual de Saúde, contribuindo para a verificação do desempenho institucional, para a tomada de decisão gerencial e para eventuais ajustes ou repactuações de metas, sem adentrar na avaliação qualitativa das ações executadas.
Meta	≥90% de Execução das Atividades de Matriciamento Pactuadas no período de apuração.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x 100
Definição	Numerador: Número de atividades de matriciamento pactuadas que foram efetivamente executadas no período de apuração, com registro formal e verificável. Crítérios de Inclusão: • Atividade prevista em plano, cronograma ou instrumento formal de pactuação entre UPAE e APS; • Atividade integralmente executada dentro do período de apuração; • Existência de registro documental válido e auditável; • Comprovação da participação de profissionais da APS; • Condução, coordenação ou apoio técnico da UPAE, conforme pactuação. Crítérios de Exclusão • Atividades não pactuadas; • Atividades executadas fora do período de apuração; • Atividades sem registro documental válido; • Atividades sem participação da APS; • Atividades realizadas sem envolvimento da UPAE, quando este for previsto.

Denominador: Número total de atividades de matriciamento pactuadas entre a UPAE e a Atenção Primária à Saúde para o período de apuração.

Critérios de Inclusão:

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

Critérios de Exclusão:

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

Observação:

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

Matriciamento:

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

No matriciamento:

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

Exemplos típicos de matriciamento incluem:

- discussão coletiva de casos clínicos com fins pedagógicos;
- capacitações temáticas;
-

oficinas e rodas de conversa;

-

apoio técnico para implantação de protocolos;

-

alinhamento de fluxos assistenciais.

Observação:

O matriciamento **não se confunde com atendimento assistencial direto**, tampouco com acompanhamento individualizado de pacientes.

Principais Diferenças entre Matriciamento e Supervisão do Cuidado

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

Exemplos de Atividades de Matriciamento Aceitas pela Comissão Técnica de Avaliação**Interna dos Contratos de Gestão - CTAI:**

A seguir, apresentam-se exemplos práticos de atividades que, quando **previamente pactuadas, executadas no período e devidamente registradas**, devem ser aceitas pela Comissão da CTAI:

-

Discussão clínica de casos complexos

Reuniões entre profissionais da UP AE e equipes da APS para discussão conjunta de casos encaminhados ou acompanhados, com definição compartilhada de condutas e fluxos de acompanhamento.

-

Capacitações temáticas para a APS

Encontros presenciais ou remotos conduzidos pela UP AE sobre temas relacionados às especialidades ofertadas, como manejo clínico, critérios de encaminhamento, acompanhamento pós-alta ou uso de protocolos assistenciais.

-

Alinhamento e revisão de fluxos assistenciais

Reuniões técnicas destinadas à construção, revisão ou esclarecimento de fluxos de referência e contrarreferência entre a APS e a UP AE.

-

Apoio técnico na implementação de protocolos

Atividades de orientação e acompanhamento da APS para implantação ou

atualização de protocolos clínicos, linhas de cuidado ou diretrizes assistenciais pactuadas.

-

Oficinas ou rodas de conversa multiprofissionais

Espaços de troca de experiências e construção coletiva de estratégias de cuidado, envolvendo profissionais da UP AE e da APS.

-

Ações de educação permanente em saúde

Atividades educativas continuadas, relacionadas ao escopo da atenção especializada, que contribuam para o fortalecimento da capacidade resolutiva da APS.

Atividades que Não Caracterizam Matriciamento

Para fins de clareza, não são consideradas atividades de matriciamento, e portanto **não devem ser computadas**, ações como:

-

atendimentos individuais ou consultas especializadas isoladas;

-

encaminhamentos assistenciais sem ação técnico-pedagógica associada;

-

contatos informais sem registro documental;

-

atividades não pactuadas previamente;

-

ações realizadas sem participação da APS ou sem envolvimento da UP AE.

Registro e Comprovação das Atividades

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

-

ata de reunião com data, local, participantes e pauta discutida;

-

relatório técnico descrevendo objetivos, atividades desenvolvidas e encaminhamentos;

-

lista de presença assinada ou registrada eletronicamente;

-

registros em sistemas oficiais ou plataformas institucionais;

- registros fotográficos da atividade, quando aplicável.

Observações:

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

Referência:

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

2.3.1.8. PERCENTUAL DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE QUALIFICAÇÃO DA SUPERVISÃO DO CUIDADO

Nome	Percentual de Execução das Atividades de Qualificação da Supervisão do Cuidado.
Conceituação	Indicador que mensura o percentual de atividades de qualificação da supervisão do cuidado efetivamente realizadas pela CONTRATADA em relação ao quantitativo de atividades programadas para o período de referência, considerando os requisitos mínimos de execução e comprovação estabelecidos nesta ficha técnica.
Importância	O indicador tem por finalidade monitorar a execução sistemática das atividades de qualificação da supervisão do cuidado desenvolvidas pela UP AE/serviço especializado junto às equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), visando ao acompanhamento dos processos assistenciais, à identificação de fragilidades, à orientação técnica e ao aprimoramento da organização do cuidado. Essas atividades contribuem para fortalecer a articulação entre a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e a APS, favorecendo a continuidade, a integração e a qualificação da assistência prestada aos usuários. Assim, o indicador é importante porque: Monitora a execução das atividades de qualificação da supervisão do cuidado realizadas pela UP AE, assegurando o cumprimento da programação estabelecida e de sua finalidade assistencial; Fortalece a articulação entre a Atenção Ambulatorial Especializada e a Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a organização dos fluxos e a continuidade do cuidado;

	Favorece a identificação de fragilidades nos processos assistenciais, possibilitando a adoção de orientações, recomendações e medidas de aprimoramento; • Apoia a qualificação dos processos de trabalho das equipes, mediante orientação técnica relacionada à organização do cuidado, aos fluxos assistenciais e à aplicação das diretrizes pertinentes; • Gera informações para o acompanhamento e a gestão da rede de atenção à saúde, subsidiando a identificação de necessidades de melhoria e o aperfeiçoamento da articulação entre os diferentes pontos de atenção.
Meta	≥90,0% de execução das atividades de qualificação da supervisão do cuidado pactuadas.
Método de Cálculo	Numerador/denominador x100
Definição	Numerador: Número de atividades de qualificação da supervisão do cuidado efetivamente realizadas e validadas pela CTAI, no período de referência, mediante comprovação documental e atendimento aos requisitos mínimos estabelecidos nesta ficha técnica. Para que uma atividade seja considerada realizada e válida para o numerador, deverá: • Estar prevista no planejamento da UPAC para o período; • Ter sido efetivamente realizada; • Possuir identificação da unidade de saúde visitada; • Conter registro da equipe/profissionais participantes; • Apresentar registro das atividades desenvolvidas; • Contemplar orientação técnica relacionada ao processo assistencial; • Apresentar identificação das principais fragilidades ou necessidades identificadas, quando existentes; • Conter as orientações, recomendações ou encaminhamentos decorrentes da atividade; • Possuir documentação comprobatória da realização;

-

Ter a documentação correspondente encaminhada à CONTRATANTE nos prazos estabelecidos.

Critérios de Inclusão:

Entram no numerador somente as supervisões que:

-

Tenham sido previamente programadas pela CONTRATADA;

-

Estejam inseridas na programação institucional da UPAC;

-

Sejam realizadas por profissional de nível superior habilitado e designado pela CONTRATADA;

-

Estejam direcionadas à **qualificação da supervisão do cuidado**;

-

Apresentem documentação suficiente para comprovação da realização;

-

Atendam aos requisitos mínimos de registro e comprovação estabelecidos nesta ficha técnica.

Critérios de Exclusão:

Supervisões realizadas **sem documentação** compatível com o padrão mínimo.

-

Atividades não previstas na programação do período;

-

atividades realizadas sem documentação comprobatória;

-

registros incompletos que não permitam confirmar a realização da atividade;

-

atividades de **matriciamento**, quando estas forem contabilizadas em indicador específico;

-

Reuniões exclusivamente administrativas;

-

Visitas técnicas sem finalidade de qualificação da supervisão do cuidado;

-

Atividades relacionadas exclusivamente a questões prediais, de infraestrutura, Tecnologia da informação, almoxarifado ou outros assuntos administrativos;

-

Atividades realizadas por profissional sem habilitação ou sem designação institucional para sua execução.

Denominador: Número total de **atividades de qualificação da supervisão do cuidado programadas para o período de referência**, conforme planejamento institucional da CONTRATADA.

CrITÉrios de Inclusão:

- Estão previstas no planejamento mensal da UP AE;
- Foram oficialmente programadas pela coordenação da UP AE (agenda institucional);
- Estão dentro da abrangência definida pela SES (ex.: UBS dos municípios referenciados);
- Possuem documento formal de programação (ofício, agenda, plano de supervisão).

CrITÉrios de Exclusão:

- Atividades solicitadas extraordinariamente pela UBS e não previstas no planejamento;
- Atividades de matriciamento;
- Reuniões administrativas sem componente assistencial;
- Visitas técnicas sem finalidade de qualificação da supervisão do cuidado.

Importante: as atividades que tenham sido previamente programadas, mas não realizadas por motivo **não atribuível à CONTRATADA**, deverão ser devidamente justificadas e documentadas para análise da CTAI, podendo ser excluídas do denominador, quando comprovada a impossibilidade de execução por circunstância alheia à atuação da CONTRATADA.

O que se entende por Atividade de Qualificação da Supervisão do Cuidado

A atividade de qualificação da supervisão do cuidado consiste em ação sistemática de acompanhamento e orientação técnica realizada pela equipe especializada junto aos serviços da Atenção Primária à Saúde, com foco na análise dos processos assistenciais, identificação de fragilidades e orientação quanto à organização e qualificação do cuidado.

A atividade poderá compreender, entre outras ações:

- avaliação dos processos assistenciais desenvolvidos pela unidade;
- verificação da aplicação de protocolos, fluxos e diretrizes assistenciais;

- análise da organização do cuidado e dos fluxos de encaminhamento e retorno;
- identificação de fragilidades ou situações que possam comprometer a continuidade do cuidado;
- orientação técnica para aprimoramento dos processos assistenciais;
- discussão e pactuação de medidas corretivas ou de melhoria;
- acompanhamento de recomendações previamente estabelecidas;
- análise de registros assistenciais, quando pertinente.

A atividade possui **caráter assistencial e técnico**, voltado à qualificação dos processos de cuidado e à integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Profissionais responsáveis :

As supervisões do cuidado deverão ser realizadas por **profissionais de nível superior da equipe pela CONTRATADA** preferencialmente o(a) Coordenador(a) Técnico(a) e/ou Enfermeiro(a) Supervisor(a), ou profissionais de referência das linhas de cuidado, quando aplicável. É vedada a realização por profissionais sem competência técnica ou formação necessária.

Forma de Avaliação pela CTAI:

Considerando que o quantitativo programado para o período é de **03 (três) atividades de qualificação da supervisão do cuidado**, a CTAI realizará a **análise integral das atividades programadas**, verificando, para cada atividade, sua efetiva execução e a documentação comprobatória apresentada.

Para cada atividade programada, a CTAI verificará:

1. Execução da atividade

- Existência da atividade no planejamento do período;
- Comprovação de sua realização;
- Identificação da UBS e do município;
- Data de realização;
- Identificação dos profissionais participantes.

2. Conteúdo da atividade

- Registro das ações desenvolvidas;
- Identificação das questões assistenciais abordadas;
- Orientações técnicas realizadas;
- Identificação das fragilidades ou necessidades verificadas, quando aplicável;
- Recomendações ou encaminhamentos pactuados.

3. Documentação comprobatória

A atividade deverá estar acompanhada, conforme aplicável, de:

- Checklist ou instrumento padronizado de supervisão;
- Relatório da atividade;
- Registro dos participantes;
- Plano de ação ou recomendações;
- Demais documentos que comprovem sua realização.

Critério de validação pela CTAI

Para fins de cálculo do indicador, cada atividade programada será classificada pela CTAI como:

- **Realizada/Validada:** quando houver comprovação da realização da atividade e atendimento aos requisitos mínimos estabelecidos nesta ficha técnica;
- **Não realizada/Não validada:** quando a atividade não tiver sido realizada ou quando não houver documentação suficiente para comprovar sua execução.

O percentual de execução será calculado com base no número de atividades **realizadas e validadas** em relação ao número total de atividades **programadas e consideradas no período**.

Observação:

	Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Portaria GM/MS nº 1.604, de 20 de outubro de 2023</i>. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES)
--	---

INDICADORES RELACIONADOS À ATENÇÃO AO USUÁRIO

2.3.1.9. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Nome	Satisfação do Usuário.
Conceituação	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
Importância	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
Meta	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
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. <u>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</u> Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes em consultas ambulatoriais. Denominador: Número total de pacientes atendidos em regime ambulatorial. Critérios de inclusão: - Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes). Critérios de Exclusão: - Pesquisas com respostas consideradas negativas. Observações 01: - A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que utilizam os serviços da unidade constitui uma ferramenta essencial de gestão, permitindo identificar expectativas, detectar falhas e promover melhorias contínuas na qualidade do atendimento prestado.

Essa avaliação será realizada por meio de Pesquisa de Satisfação Padronizada, elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e aplicada pela CONTRATADA. Para tanto, a CONTRATADA deverá disponibilizar ao público um dispositivo com interface amigável e acessível, permitindo que o próprio usuário ou acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente os sistemas informatizados utilizados.

Interpretações:

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

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

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

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

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  5 pontos  4 pontos  3 pontos  2 pontos  1 ponto NÃO UTILIZEI	
Instalações (Sala de Espera, Consultórios, banheiros, etc)		
Limpeza Geral		
Atendimento na Recepção		
Tratamento da Segurança		
Atendimento do Médico		
Atendimento da Enfermagem		
Exames Realizados		
Informações sobre Tratamento a ser seguido		
Para perguntas cuja resposta seja "Não utilizei" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos		

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.

2.3.1.10. ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS

Nome	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.
Conceituação	Relação percentual entre o número de respostas às queixas consideradas adequadas e aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) e o número total de respostas às queixas efetivamente analisadas pela CTAI no período de referência.
Importância	O presente indicador tem por finalidade avaliar a qualidade, adequação e resolutividade do tratamento conferido pela CONTRATADA às queixas registradas pelos usuários, acompanhantes e colaboradores, mediante metodologia de análise por amostragem realizada pela CTAI.
Meta	Obter índice igual ou superior a 80,0% de aceitação das respostas às queixas analisadas pela CTAI.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	Numerador: Número de respostas às queixas analisadas pela CTAI e classificadas como aceitas, segundo os critérios estabelecidos nesta ficha técnica. Denominador:: Número total de respostas às queixas efetivamente analisadas pela CTAI no período de referência. Critérios de inclusão: • Queixas registradas pela CONTRATADA que tenham sido devidamente respondidas e estejam disponíveis para análise pela CTAI no período de referência; • Registros devidamente identificados e com informações suficientes para avaliação do tratamento e da resposta apresentada; • Registros selecionados pela CTAI para análise, conforme a metodologia estabelecida nesta ficha técnica Critérios de Exclusão: • Não se aplica Procedimentos para Registro, Encaminhamento e Monitoramento das Queixas • Para o registro das queixas, a CONTRATADA deverá disponibilizar solução informatizada que permita o registro integral das manifestações, bem como das providências adotadas para seu tratamento e resolução. • Além do meio eletrônico, deverão ser disponibilizados aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade outros canais de manifestação, incluindo caixas de sugestão, elogio e queixa, para registro por escrito, bem como acesso à Ouvidoria, de modo a assegurar diferentes meios para o encaminhamento das manifestações. •

A **CONTRATADA** deverá assegurar que **todas as queixas registradas**, independentemente do canal utilizado para seu recebimento, sejam devidamente consolidadas e alimentem matriz específica do **Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS)**, contendo, no mínimo, as informações necessárias à identificação da manifestação, seu conteúdo, as providências adotadas, a resposta apresentada e a situação do tratamento da demanda.

-

A matriz contendo a **totalidade das queixas registradas no período** deverá ser importada no SIMAS e transmitida mensalmente à SES/PE, conforme os prazos e procedimentos estabelecidos pela CONTRATANTE.

-

As queixas deverão ser disponibilizadas **em sua integralidade**, juntamente com o respectivo tratamento e a resposta apresentada pela CONTRATADA, para fins de monitoramento e avaliação pela CTAI.

-

Para fins de aferição do indicador, a **CONTRATADA** deverá encaminhar **100% das queixas registradas no período**, cabendo à **CTAI** selecionar os registros que **serão submetidos à análise**, conforme a metodologia estabelecida nesta ficha técnica.

-

A CTAI analisará **até 10 (dez) respostas às queixas por período de referência**, selecionadas de forma objetiva, imparcial e rastreável dentre os registros encaminhados pela CONTRATADA.

-

Quando o número de queixas encaminhadas pela CONTRATADA no período for **inferior a 10 (dez) registros**, a **CTAI** analisará a **totalidade das queixas disponíveis**.

-

Quando o número de queixas encaminhadas for **igual ou superior a 10 (dez) registros**, serão selecionados **10 (dez) registros para análise**, preferencialmente mediante procedimento aleatório.

-

A seleção dos registros deverá assegurar **imparcialidade e rastreabilidade**, de modo que todas as queixas integrantes do universo tenham igual possibilidade de serem selecionadas para avaliação.

-

A CTAI poderá ampliar o quantitativo de registros analisados quando houver justificativa técnica relacionada à natureza, gravidade, recorrência ou relevância das queixas, visando ao aprofundamento da avaliação.

-

Para cada registro selecionado, a CTAI deverá realizar a avaliação conforme os critérios estabelecidos nesta ficha técnica, classificando a resposta como **“aceita”** ou **“não aceita”**.

-

O resultado do indicador será calculado **exclusivamente com base nas respostas às queixas efetivamente analisadas pela CTAI.**

-

A meta será considerada atingida quando o resultado obtido for **igual ou superior a 80,0% de aceitação**, observados os critérios de avaliação e a metodologia de cálculo estabelecidos nesta ficha técnica.

-

Os dados e documentos relacionados às queixas deverão ser encaminhados mensalmente à **Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco (SES/PE)**, por meio do SIMAS ou de outra ferramenta formalmente definida pela CONTRATANTE, de modo a assegurar **rastreabilidade, transparência e monitoramento sistemático do tratamento das manifestações**, em consonância com as diretrizes de humanização da assistência.

CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas às queixas registradas:

1.

Pertinência da Resposta:

A resposta deve abordar de forma direta e clara o conteúdo da queixa registrada.

Deve demonstrar entendimento correto da demanda apresentada pelo autor da queixa.

2.

Adequação da Solução Apresentada

A providência adotada pela CONTRATADA deve ser compatível com a natureza, gravidade e impacto da queixa.

Em situações cuja solução não seja imediata ou definitiva, deve ser justificado o encaminhamento para ações futuras ou medidas corretivas em andamento.

3.

Cumprimento dos Prazos

A resposta à queixa deve ter sido registrada e encaminhada ao autor no prazo estabelecido pela Lei Estadual nº 16.420/2018 (20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos mediante justificativa registrada).

4.

Clareza e Linguagem Adequada

A resposta deve ser redigida de forma compreensível, respeitosa e acessível ao perfil do autor da queixa.

Evitar termos técnicos sem a devida explicação e assegurar tom cordial e acolhedor.

5.

Provas Documentais (se aplicável)

Quando cabível, anexar documentos, registros ou evidências que comprovem as providências adotadas para resolução da demanda (ex.: registros de atendimento, ordens de serviço, comunicações internas, notificações de ações corretivas).

6.

Adoção de Medidas Preventivas (para casos recorrentes ou graves)

Para queixas de mesma natureza recorrentes ou de maior gravidade, a CONTRATADA deve apresentar, além da solução específica, medidas preventivas ou melhorias institucionais que evitem a repetição do problema.

Classificação da resposta

Após a análise dos critérios aplicáveis ao caso, a CTAI classificará cada resposta como:

-

Resposta Aceita: quando o tratamento conferido à queixa atender aos critérios aplicáveis e demonstrar adequação da resposta e das providências adotadas;

-

Resposta Não Aceita: quando forem identificadas inadequações relevantes no tratamento da demanda, na resposta apresentada ou no cumprimento dos requisitos estabelecidos nesta ficha técnica.

Interpretações:

CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão.

SIMAS: Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais.

QUEIXA: Conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente.

RESOLUÇÃO: Conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018.

Universo: totalidade das queixas registradas e encaminhadas pela CONTRATADA no período de referência.

Registros analisados: conjunto de até **10 (dez) queixas selecionadas pela CTAI** dentre a totalidade das queixas encaminhadas pela CONTRATADA no período de referência. Quando o universo for inferior a 10 (dez) registros, serão analisadas todas as queixas disponíveis.

Exemplos de aplicação

Total de queixas encaminhadas pela CONTRATADA	Qualidade analisada pela CTAI
3	3
5	5
8	8
10	10
30	10
60	10

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

2.3.1.11. QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA

Nome	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.
Conceituação	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
Importância	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
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. Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência

UNIDADE:		FICHA DE AVALIAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA	
OS E	DATA:		
TRIMESTRE:	AVALIADOR:		
MENU	BITUAÇÃO:	OBSERVAÇÃO	
1. INSTITUCIONAL	1. Nome da OSB de vinculação	Atualizado	
	2. CNPJ da OSB de vinculação	Atualizado	
	3. Atualização 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	8. Horário de atendimento	Atualizado	
	1. Registro interno	Atualizado	
3. MEMBROS ORIENTE	2. Organograma	Atualizado	
	1. Membros do Órgão deliberativo	Atualizado	
	2. Membros do Órgão fiscal	Atualizado	
4. COMPETÊNCIA	3. Membros do Órgão consultivo	Atualizado	
	1. Legislação	Atualizado	
5. CONTRATO DE GESTÃO	2. Matriz de Competências	Atualizado	
	1. Contrato de Gestão	Atualizado	
6. DECRETO DE QUALIFICAÇÃO	2. Termo Aditivo	Atualizado	
	1. Decreto de qualificação	Atualizado	
7. ESTATUTO SOCIAL	2. Decreto de renovação de filiação	Atualizado	
	1. Estatuto Social	Atualizado	
8. DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE	2. Anuário do Estado Social	Atualizado	
	1. CNPJ	Atualizado	
	2. Fazenda Pública	Atualizado	
	3. Seguridade Social	Atualizado	
	4. FGTS	Atualizado	
	5. Justiça do Trabalho	Atualizado	
	6. Qualificação Técnica	Atualizado	
9. RELATÓRIO FINANCEIRO E DE EXECUÇÃO	7. Responsabilidade	Atualizado	
	1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato	Atualizado	
10. DEMONSTRATIVO FINANCEIRO	1. Demonstrativos Financeiros	Atualizado	
	1. Relatório Assistencial	Atualizado	
11. RELATÓRIO ASSISTENCIAL	2. Relatório Assistencial Anual Consolidado	Atualizado	
	1. Demonstrações Contábeis	Atualizado	
12. DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS E PARECERES	2. Pareceres	Atualizado	
	1. Recuperação de despesas	Atualizado	
13. REPARAÇÕES RECEBIDAS	1. Registros	Atualizado	
	2. Cotações	Atualizado	
	3. Contratos	Atualizado	
	3.1. Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	3.2. Serviços	Atualizado	
	3.3. Contratos - serviços: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	3.3.1. Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
14. RECURSOS HUMANOS	1. Regulamento para recrutamento de pessoal	Atualizado	
	2. Servidores públicos cedidos	Atualizado	
15. BENS PÚBLICOS	1. Relatório dos bens públicos	Atualizado	
	1. Atendimento Eletrônico	Atualizado	
16. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - SIC	2. Atendimento Presencial	Atualizado	
	3. Relatório Estatístico - PN	Atualizado	

PONTUAÇÃO		LEGENDA	
Nº	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%
------------	-------------------------	---------

Fundamentação Legal

- Lei Federal nº 12.527/2011;
- Recomendação do Ministério Público Federal - MPF nº 07/2017, IC nº 1.26.000.000983/2017-79;
- Resoluções do TCE/PE nº 117 de 15 Dez 2020 e nº 154 de 15 Dez 2021;
- Lei Estadual nº 10.210/2019

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.].

INDICADORES RELACIONADOS EDUCAÇÃO PERMANENTE

2.3.1.12. TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.
Conceituação	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
Importância	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela CONTRATADA está ocorrendo dentro do previsto e se os programas,

	convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade estão em conformidade com o proposto no contrato.
Meta	≥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 (numerador/denominador): - Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc. - Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado. CrITÉRIOS DE EXCLUSÃO (numerador/denominador): - Atividades educacionais realizadas fora do período analisado. Interpretações: No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. 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 EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002. Franco TB, Merhy EE. Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124. Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027 - SES-AM. 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.

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

Nome	Taxa de adesão das equipes (assistenciais e administrativas) às ações de educação permanente
Conceituação	Avaliar a adesão e efetividade das ações de educação permanente voltadas às equipes (assistenciais e administrativas), medindo a proporção de profissionais que participaram de cursos de capacitação propostos pela unidade ou órgão gestor. O indicador busca promover o desenvolvimento contínuo dos profissionais, melhoria da qualidade assistencial e conformidade com diretrizes técnicas e normativas.
Importância	Este indicador é fundamental para assegurar a atualização contínua dos profissionais, melhorar os resultados assistenciais, alinhar práticas à legislação vigente e garantir que a equipe atue com segurança, qualidade e base científica. Reflete também o compromisso da OSS com a valorização profissional e a excelência nos serviços prestados.
Meta	Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão do Público Alvo
Método de Cálculo	Numerador / Denominador X 100
Definição	Numerador: Número de profissionais da unidade que participaram integralmente do(s) curso(s) proposto(s) durante o período de análise. Denominador: Número total de profissionais convocados ou previstos para participação nos cursos propostos, conforme planejamento da unidade ou exigência contratual. Critérios de Inclusão (numerador e denominador): - Profissionais com vínculo ativo na unidade no período do curso. - Cursos obrigatórios ou estratégicos definidos em plano de capacitação da unidade ou órgão gestor. - Participação integral ou carga horária mínima definida (≥ 80% de presença). Critérios de Exclusão (numerador e denominador): - Profissionais afastados legalmente (férias, licenças, atestados) durante a realização do curso. - Cursos não previstos no plano de capacitação vigente ou não validados pelo gestor do contrato. Observação 01: A taxa de adesão deverá ser calculada separadamente para as equipes assistencial e administrativa, utilizando a seguinte fórmula: Equipe Assistencial: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, demais profissionais de nível superior, técnicos de enfermagem, técnicos em imobilização e demais profissionais de nível técnico. Equipe Administrativa: profissionais das áreas de apoio administrativo, faturamento, recepção, manutenção, serviços gerais, segurança patrimonial, entre outros.

Observação 02:

•

A apuração do indicador será realizada mensalmente. Os dados consolidados deverão ser inseridos no SIMAS (Sistema de Monitoramento e Avaliação em Saúde), ou em outra plataforma informatizada que venha a ser oficialmente definida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) para esse fim.

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 16 jun. 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Henrique Figueira Vidon**, em 31/08/2026, às 16:24, 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 **Isabela Cristina Coutinho de Albuquerque Neiva Coelho**, em 31/08/2026, às 21:27, 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 31/08/2026, às 21:44, 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 **92922768** e o código CRC **57EFEB44**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

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