GOVERNO DE PERNAMBUCO

8º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 024/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM, O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, E A FUNDAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR MARTINIANO FERNANDES – FGH, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 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 Vinte e Quatro de Agosto, nº 211, Santo Amaro, Recife/PE, CEP 50.040-190, neste ato representada por sua Secretária **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 **FUNDAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR MARTINIANO FERNANDES**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.039.744/0023-08, com endereço na Rua Visconde de Jequitinhonha, nº 1144, Boa Viagem, Recife/PE, CEP: 51.030-020, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por **SAMUEL RAMOS GOMES**, têm justa e acordada a presente celebração, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir pactuadas, bem como pelas disposições da Lei Estadual nº 15.210/2013, estando instruídas com o Parecer Técnico CTAI nº 063/2026 da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI (id. 81337525), Parecer nº 002/2026 da Comissão Mista de Avaliação (ID. nº 81700260), o Despacho nº 471 da SES - Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão (ID. nº 87541730) e os demais documentos constantes do Processo SEI nº 2300002754.000006/2025-24.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente Termo Aditivo a inclusão de códigos de procedimentos cirúrgicos, com atualização e ajustes dos indicadores do Índice Global de Qualidade, descritos nos anexos técnicos do 4º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 024/2022, firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e a Organização Social de Saúde (OSS) Fundação Gestão Hospitalar Martiniano Fernandes (FGH), conforme os anexos I, II e III.

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

1.3 A aferição dos indicadores, em sua versão atualizada, será integrada ao rito procedimental da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR

2.1. A adequação das metas e a inclusão dos procedimentos cirúrgicos promovidas por este Termo Aditivo não implicam alteração do valor global do repasse financeiro do Contrato de Gestão nº 024/2022, nem ensejam suplementação orçamentária, mantendo-se inalteradas as condições financeiras pactuadas, com fulcro no art. 10, inciso XI, da Lei Estadual nº 15.210/2013.

CLÁUSULA TERCEIRA– DA VIGÊNCIA

3.1. O presente **TERMO ADITIVO** terá seu termo inicial a partir do **dia 01 de novembro de 2026** e termo final equivalente ao término da vigência do Contrato de Gestão nº 024/2022.

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 nº 15.210/2013.

CLÁUSULA SEXTA – DOS CASOS OMISSOS

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

CLÁUSULA SÉTIMA – DO FORO

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

E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento em formato digital, para todos os efeitos de direito.

Recife, data da assinatura digital.

ZILDA DO REGO CAVALCANTI
SECRETÁRIA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE

SAMUEL RAMOS GOMES
FUNDAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR MARTINIANO FERNANDES
CONTRATADO

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

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

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, equipe de enfermagem, equipe multiprofissional e profissionais de nível médio.
- Realização de procedimentos sob narcose;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- Em qualquer modalidade de atendimento prestado, a CONTRATADA deverá assegurar o cumprimento e a promoção dos direitos dos pacientes durante todo o processo assistencial, em conformidade com a Lei nº 15.378/2026. Para tanto**,** deverá garantir

atendimento humanizado, respeito à dignidade, à privacidade e à confidencialidade das informações, bem como assegurar que o paciente seja adequadamente informado sobre sua condição de saúde, participe das decisões relativas ao seu cuidado, seja chamado pelo nome de sua preferência e tenha acesso às demais garantias previstas no Estatuto dos Direitos dos Pacientes;

- Garantia de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes , 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
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS**.

2.1. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

3. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

O **HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS** deverá apresentar um volume de atividade anual, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

3.1. SAÍDAS HOSPITALARES

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SAÍDAS HOSPITALARES													
INTERNAMENTO	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de saídas hospitalares	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	8.400

3.2. CONSULTAS AMBULATORIAIS MÉDICAS

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – AMBULATÓRIO MÉDICO													
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	20.160

3.3. CIRURGIAS ELETIVAS E DE EMERGÊNCIA

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – CIRURGIAS ELETIVAS E DE EMERGÊNCIA			
COMPLEXIDADE	ESPECIALIDADE	QUANTITATIVO POR MÊS	QUANTITATIVO ANUAL
MÉDIA COMPLEXIDADE	CIRURGIA GERAL	215	2.580
MÉDIA COMPLEXIDADE	CIRURGIA UROLÓGICA	110	1.320
ALTA COMPLEXIDADE	NEUROCIRURGIA - COLUNA	50	600
MÉDIA COMPLEXIDADE - ALTA COMPLEXIDADE	NEUROCIRURGIA - CRÂNIO	25	300
MÉDIA COMPLEXIDADE - ALTA COMPLEXIDADE	TORÁCICA	90	1.080
TOTAL		490	5.880

3.3.1 Caracterização das Especialidades, Procedimentos, Códigos e Quantitativos Cirúrgicos

Com o objetivo de apresentar maior detalhamento quanto aos níveis de complexidade, às especialidades e aos procedimentos cirúrgicos, bem como ao quantitativo mensal de cirurgias eletivas e de urgência, apresentam-se, a seguir, os quadros encaminhados pela **CONTRATADA**.

Quadro 01: Perfil Cirurgia Geral

COMPLEXIDADE	ESPECIALIDADE	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QUANTITATIVO
MÉDIA COMPLEXIDADE	CIRURGIA GERAL	04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	215 MÊS*
		04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	
		04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	
		04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	
		04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	
		04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA	
		04.07.04.015-3	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA	
		04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	
		04.01.02.007-0	EXÉRESE DE CISTO DERMOIDE	
		04.01.01.007-4	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	
		04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	
		04.01.01.001-5	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		04.15.04.003-5	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	
		04.15.04.004-3	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE	
		04.07.02.020-9	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/SUTURA	
		04.07.03.001-8	ANASTOMOSE BÍLEO-DIGESTIVA	
		04.07.02.004-7	APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	
		04.07.02.010-1	COLOSTOMIA	
		04.07.04.001-3	DRENAGEM DE ABSCESSO PÉLVICO	
		04.07.02.017-9	ENTERECTOMIA	
		04.07.02.018-7	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	
		04.07.02.020-9	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA COM SUTURA	
		04.07.01.021-1	GASTROSTOMIA	
		04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	
		04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	
		04.18.01.005-6	IMPLANTE DE CATETER DUPLO LÚMEN NA IRA	
		04.01.01.010-4	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	
		04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	
		04.07.04.017-0	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	
		04.07.04.018-8	LIBERAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTESTINAIS	
		04.08.06.060-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIA MUSCULAR	
			TOTAL	215 MÊS

*Para a realização das cirurgias na especialidade de Cirurgia Geral, ficam pactuadas as estimativas a seguir: Códigos 04.07.03.003-4 e 04.07.03.002-6 estima-se 90 procedimentos mensais; Códigos 04.07.04.009-9, 04.07.04.010-2, 04.07.04.012-9, 04.07.04.013-7 e 04.07.04.015-3 estima-se 76 procedimentos mensais; Códigos 04.01.02.010-0, 04.01.02.007-0, 04.01.01.007-4, 04.01.01.005-8, 04.01.01.001-5, 04.15.04.003-5 e 04.15.04.004-3 estima-se 49 procedimentos mensais, totalizando 215 cirurgias na especialidade de

Cirurgia Geral.

Quadro 02 : Perfil Cirurgia Urológica

COMPLEXIDADE	ESPECIALIDADE	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QUANTITATIVO
MÉDIA COMPLEXIDADE	CIRURGIA UROLÓGICA	04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA (TURP)	20 Mês
		04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA	90 Mês
		04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	
		04.09.01.014-6	EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CÁLCULO EM PELVE RENAL	
		04.09.01.015-4	EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO / CÁLCULO EM URETER	
		04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL ABERTA (Adenomectomia)	
		04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	
		04.09.01.009-0	CISTOSTOMIA	
		04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	
		04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	
		04.09.04.024-0	VASECTOMIA	
		04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	
		04.09.04.009-6	EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DA BOLSA ESCROTAL	
		04.09.01.017-0	INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	
		04.09.01.029-4	NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA	
		04.09.04.016-9	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	
		04.09.01.051-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URETEROCELE	
		04.09.01.056-1	URETEROLITOTOMIA	
			TOTAL	110 MÊS

Quadro 03: Perfil Cirurgia Neurocirurgia

COMPLEXIDADE	ESPECIALIDADE	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QUANTITATIVO
		04.03.02.011-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRÚRGIA	
		04.03.02.009-3	NEUROTOMIA SELETIVA DE TRIGEMEO E OUTROS NERVOS CRANIANOS	
		04.08.03.002-0	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NÍVEL	
		04.08.03.003-8	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	

COMPLEXIDADE	ESPECIALIDADE	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QUANTITATIVO
ALTA COMPLEXIDADE	NEUROCIRURGIA - COLUNA	04.08.03.005-4	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	
		04.03.02.011-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA	
		04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	
		04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	
		04.03.02.009-3	NEUROTOMIA SELETIVA DE TRIGEMEO E OUTROS NERVOS CRANIANOS	
		04.08.03.011-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	
		04.08.03.002-0	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NÍVEL	
		04.08.03.013-5	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO LATERAL UM NÍVEL	
		04.08.03.003-8	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	
		04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO LATERAL DOIS NÍVEIS	
		04.08.03.005-4	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	
		04.08.03.016-0	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO - LATERAL TRÊS NÍVEIS	
		04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	
		04.08.03.017-8	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C1) POSTERIOR	
		04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	
		04.08.03.018-6	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C2) POSTERIOR	
		04.08.03.008-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	
		04.08.03.019-4	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C3)POSTERIOR	
		04.08.03.013-5	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO LATERAL UM NÍVEL	
		04.08.03.020-8	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C4) POSTERIOR	
		04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO LATERAL DOIS NÍVEIS	
		04.08.03.021-6	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C5) POSTERIOR	
		04.08.03.016-0	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO - LATERAL TRÊS NÍVEIS	
		04.08.03.022-4	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C7) POSTERIOR	
		04.08.03.023-2	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	
		04.08.03.017-8	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C2) POSTERIOR	
		04.08.03.025-9	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NÍVEIS	
		04.08.03.018-6	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C3)POSTERIOR	
		04.08.03.026-7	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	
		04.08.03.019-4	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C4)POSTERIOR	
		04.08.03.027-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR (TRÊS NÍVEIS	
		04.08.03.020-8	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C5) POSTERIOR	
		04.08.03.029-1	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	
		04.08.03.021-6	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C6) POSTERIOR	
		04.08.03.022-4	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C7) POSTERIOR	
ALTA COMPLEXIDADE	NEUROCIRURGIA - COLUNA	04.08.03.038-0	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NIVEL C/ MICROSCÓPIO)	
		04.08.03.023-2	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	
		04.08.03.025-9	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NÍVEIS	
		04.08.03.039-9	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	
		04.08.03.026-7	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	
		04.08.03.040-2	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	
		04.08.03.027-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	

COMPLEXIDADE	ESPECIALIDADE	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QUANTITATIVO
		04.08.03.041-0 04.03.02.011-5	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NIVEIS C/ MICROSCOPIO)	75 MÊS*
		04.08.03.042-9 04.03.02.009-3	MICROCIRURGIA NEUROTOMIA SELETIVA DE TRIGEMEO E OUTROS NERVOS CRANIANOS	
		04.08.03.044-5 04.08.03.002-0	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NIVEIS)	
		04.08.03.045-3 04.08.03.003-8	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR DOIS NIVEIS	
		04.08.03.046-1 04.08.03.005-4	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NIVEIS)	
		04.08.03.074-7 04.08.03.006-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA NIVEL C1 MICROCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL	
		04.08.03.007-0 04.08.03.050-0	RESSECÇÃO DE 1 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS	
		04.08.03.011-9 04.08.03.074-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA NIVEL C-1	
MÉDIA COMPLEXIDADE	NEUROCIRURGIA - COLUNA	04.08.03.013-5 04.08.03.009-3	DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR	
		04.08.04.021-1 04.08.03.014-3	RETIRADA DE ENXERTO AUTOGENO DE ILIACO	
MÉDIA COMPLEXIDADE	NEUROCIRURGIA - CRÂNIO	04.03.01.001-2	CRANIOPLASTIA	
		04.03.01.002-0 04.03.01.003-9	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA FOSSA POSTERIOR	
		04.03.01.009-8	DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA	
		04.03.01.014-4	RECONSTRUÇÃO CRANIANA / CRANIO-FACIAL	
ALTA COMPLEXIDADE	NEUROCIRURGIA - CRÂNIO	04.03.01.024-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA CRANIANA	
		04.03.01.030-6 04.08.03.021-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	
		04.03.01.031-4 04.08.03.022-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO	
ALTA COMPLEXIDADE	NEUROCIRURGIA - COLUNA	04.03.01.027-6 04.08.03.023-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	
MÉDIA COMPLEXIDADE	NEUROCIRURGIA - CRÂNIO	04.03.01.036-5 04.08.03.025-9	TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PUNÇÃO OU BIÓPSIA	
		04.03.01.034-9 04.08.03.026-7	TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PROPEDÊUTICA NEUROCIRÚRGICA	
		04.08.03.027-5	IMPLANTE PARA MONITORIZAÇÃO PIC	
			ARTRODESE TORACO-	

COMPLEXIDADE	ESPECIALIDADE	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QUANTITATIVO
			TOTAL	75 MÊS

*Para a realização das cirurgias na especialidade de Neurocirurgia, ficam pactuadas as estimativas a seguir: 50 procedimentos de neurocirurgia de coluna; e 25 procedimentos de neurocirurgia de crânio.

Quadro 04 : Perfil Cirurgia Neurocirurgia de Alta Complexidade

COMPLEXIDADE	ESPECIALIDADE	QUANTITATIVO
ALTA COMPLEXIDADE	NEUROCIRURGIA - COLUNA E CRÂNIO	13 MÊS*
	TOTAL	13 MÊS

* As 13 neurocirurgias de alta complexidade de coluna e crânio devem, também, ser contabilizadas para a meta de "Número total de neurocirurgias - coluna e crânio realizadas."

Quadro 5: Perfil Cirurgia Torácica

		04.03.02.011-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRÚRGIA
		04.03.02.009-3	NEUROTOMIA SELETIVA DE TRIGEMEO E OUTROS NERVOS CRANIANOS
		04.08.03.002-0	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NÍVEL
		04.08.03.003-8	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS
		04.08.03.005-4	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS
		04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS
		04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS
		04.08.03.011-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL
		04.08.03.013-5	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL
		04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO- LATERAL DOIS NÍVEIS
		04.08.03.016-0	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO - LATERAL TRÊS NÍVEIS
		04.08.03.017-8	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C2) POSTERIOR
		04.08.03.018-6	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C3)POSTERIOR
		04.08.03.019-4	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C4)POSTERIOR
		04.08.03.020-8	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C5) POSTERIOR
		04.08.03.021-6	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C6)POSTERIOR
		04.08.03.022-4	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C7) POSTERIOR
ALTA COMPLEXIDADE	NEUROCIRURGIA - COLUNA	04.08.03.023-2	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL
		04.08.03.025-9	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NÍVEIS
		04.08.03.026-7	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL
		04.08.03.027-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS
			ARTRODESE TORACO-

COMPLEXIDADE	ESPECIALIDADE	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QUANTITATIVO
ALTA COMPLEXIDADE	TORÁCICA	04.12.01.004-6	COLOCAÇÃO DE PRÓTESE LARINGO TRAQUEAL/ TRAQUEO - BRÔNQUICA	90 MÊS*
		04.12.01.001-1	BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA	
		04.12.01.003-8	COLOCAÇÃO DE PRÓTESE LARINGO-TRAQUEAL	
		04.12.05.004-8	LOBECTOMIA PULMONAR	
		04.12.02.001-7	MEDIASTINOTOMIA EXPLORADORA	
		04.12.02.005-0	RESSECÇÃO DE TUMOR DO MEDIASTINO	
		04.12040174	TORACOTOMIA EXPLORADORA	
		04.12.01.010-0	TRAQUEOPLASTIA E/OU LARINGOTRAQUEOPLASTIA	
		04.12.01.009-7	TRAQUEOPLASTIA POR ACESSO TORÁCICO	
		04.12.02.008-4	TRATAMENTO DE MEDIASTINITE (QUALQUER VIA)	
MÉDIA COMPLEXIDADE		04.12.05.010-2	RESSECÇÃO EM CUNHA,TUMORECTOMIA/BIOPSIA	
		04.12.04.016-6	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL	
		04.12.03.001-2	DESCORTICAÇÃO PULMONAR	
		04.12.03.004-7	FECHAMENTO DE PLEUROSTOMIA	
		04.12.03.006-3	PLEUROTOMIA	
		04.12.03.009-8	PLEUROSTOMIA	
		04.12.03.010-1	DRENAGEM TUBULAR PLEURAL ABERTA (PLEUROSTOMIA)	
		04.12.03.011-0	PLEURODESE	
		04.12.03.012-8	RETIRADA DE DRENO TUBULAR TORÁCICO	
		04.12.04.001-8	COSTECTOMIA	
		04.06.02.010-8	DISSECÇÃO RADICAL DO PESCOÇO	
		04.06.02.018-3	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	
		04.12.05.010-2	RESSECÇÃO EM CUNHA, TUMORECTOMIA/BIÓPSIA	
		04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	
		04.12.04.012-3	TORACECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO PARIETAL	
		04.12.04.013-1	TORACECTOMIA SEM RECONSTRUÇÃO PARIETAL	
		04.12.05.017-0	TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	
		04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	
		04.12.04.021-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PAREDE TORÁCICA	
			OUTRAS CIRURGIAS DE PLEURA	
			TOTAL	90 MÊS

* Para fins de contabilização no indicador de cirurgia torácica estabelecido no contrato de gestão, os procedimentos Traqueostomia com colocação de órtese traqueal/traqueobrônquica (código 04.12.01.012-7) e Colocação de prótese laringotraqueal/traqueobrônquica (inclui prótese) (código 04.12.01.004-6) serão considerados para o alcance da meta pactuada, limitados a um quantitativo máximo de 40 procedimentos mensais. Ultrapassado esse quantitativo, os referidos procedimentos continuarão sendo realizados conforme a necessidade assistencial da unidade, porém não serão mais computados para fins de cumprimento da meta estabelecida para o indicador de cirurgia torácica, considerando-se, a partir de então, apenas os demais procedimentos componentes do referido grupo.

3.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Tabela: Estimativa de Atividade Mensal - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)													
PROCEDIMENTOS	Mês de Referência												
	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
HEMODIÁLISE	504	504	504	504	504	504	504	504	504	504	504	504	6.048
TOMOGRAFIA	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7.200
ULTRASSONOGRAFIA	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	900	10.800
ANÁLISES CLÍNICAS	22.560	22.560	22.560	22.560	22.560	22.560	22.560	22.560	22.560	22.560	22.560	22.560	270.720
RADIOLOGIA	2.300	2.300	2.300	2.300	2.300	2.300	2.300	2.300	2.300	2.300	2.300	2.300	27.600
URODINÂMICA	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	276
ECOCARDIOGRAFIA	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141	1.692
ELETROCARDIOGRAFIA	264	264	264	264	264	264	264	264	264	264	264	264	3.168
RESSONÂNCIA	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
TESTE ERGOMÉTRICO	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	636
HEMODINÂMICA/ CATETERISMO	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	420
HOLTER	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	312
ENDOSCOPIA	308	308	308	308	308	308	308	308	308	308	308	308	3.696
COLONOSCOPIA	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	1.368
BRONCOSCOPIA E LARINGOSCOPIA	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	156
ELETROENCEFALOGRAMA	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	228
URETROSCOPIA	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	96
ELETRONEUROMIOGRAFIA	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	228
UROFLUXOMETRIA	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
PENISCOPIA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
CPRE	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	840
CISTOSCOPIA	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	180
BIÓPSIAS GUIADAS POR IMAGENS	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1200
TOTAL	28.402	28.402	28.402	28.402	28.402	28.402	28.402	28.402	28.402	28.402	28.402	28.402	340.824

3.5. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)													
SAD	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
EMAD	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	1.080
EMAP	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	2.160

Observação: Considerando que a demanda é regulada, na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada de cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingir as metas contratualmente fixadas, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

4. AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

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

Quantitativos: Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial; Número de saídas hospitalares; Número de cirurgias eletivas e de emergência realizadas; Número de cirurgias gerais realizadas; Número de cirurgias urológicas realizadas; Número de cirurgias urológicas de ressecção endoscópica da próstata (TURP) realizadas; Número de neurocirurgias de coluna e crânio realizadas; Número de neurocirurgias (coluna e crânio) de alta complexidade realizadas e Número de cirurgias torácicas realizadas.

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

Qualidade da assistência à saúde: Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta; Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical de demora em UTI adulto; Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto; Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto; Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden); Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (por mil); Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA; Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do

Paciente (PNSP). **Eficiência da Gestão Hospitalar:** Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente. **Vigilância do Óbito:** Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h). **Atenção ao Usuário:** Satisfação do Usuário; Índice de Aceitação das Respostas às Queixas Registradas. **Transparência:** Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.

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

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

4.1 META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS)

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

Quadro 01: Indicadores Quantitativos (Produção)

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META
PRODUÇÃO	Número de saídas hospitalares	700
	Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	1.680
	Número de cirurgias realizadas	490

Quadro 02: Cirurgias por Especialidade

CIRURGIAS POR ESPECIALIDADE	
Cirurgia Geral	215
Cirurgia Urológica	90
Cirurgia Urológica de ressecção endoscópica da próstata (TURP)	20
Neurocirurgia - Coluna e Crânio	
Neurocirurgia de Alta Complexidade*	75
Cirurgia Torácica**	90
TOTAL	490

*A unidade deve realizar minimamente 13 procedimentos mensais de Neurocirurgia de Alta Complexidade.

** Para fins de contabilização no indicador de cirurgia torácica estabelecido no contrato de gestão, os procedimentos Traqueostomia com colocação de órtese traqueal/traqueobrônquica (código 04.12.01.012-7) e Colocação de prótese laringotraqueal/traqueobrônquica (inclui prótese) (código 04.12.01.004-6) serão considerados para o alcance da meta pactuada, limitados a um quantitativo máximo de 40 procedimentos mensais. Ultrapassado esse quantitativo, os referidos procedimentos continuarão sendo realizados conforme a necessidade assistencial da unidade, porém não serão mais computados para fins de cumprimento da meta estabelecida para o indicador de cirurgia torácica, considerando-se, a partir de então, apenas os demais procedimentos componentes do referido grupo.

Quadro 03: Indicadores Quantitativos de Acompanhamento - Sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO		
TIPO	INDICADOR	META
PRODUÇÃO	Número de consultas realizadas por equipe multiprofissional	Envio da Informação
	Número de procedimentos de SADT por tipo	Envio da Informação

Quadro 04: Indicadores Qualitativos - Índice Global de Qualidade

TIPO	INDICADOR	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Qualidade da assistência à saúde	Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	≤ 20,0% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.		5	54
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	≤ 1,66	Pontuação: 6	6	
		> 1,66 e ≤ 4,7	Pontuação: 3		
		> 4,7	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	≤ 3,63	Pontuação: 6	6	
		> 3,63 e ≤ 7,1	Pontuação: 3		
		>7,1	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	≤7,76	Pontuação: 6	6	
		>7,76 e ≤ 13,8	Pontuação: 3		
		> 13,8	Pontuação: 0		
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.		5	
		A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.		2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (Por mil).	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	até 0,1%		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2.	até 5 ,4%		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3.	até 17,8%		2	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4.	até 65,4%		1	
	Envio do relatório de Segurança do Paciente.	Envio do Relatório de Segurança do paciente		6	
Eficiência da Gestão Hospitalar	Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente.	Envio da Informação		6	6
Vigilância do Óbito	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h).	Revisão de 90,0% ou mais dos óbitos institucionais	Pontuação: 8.	8	8
		Revisão entre 80,0% e 89,9% dos óbitos institucionais	Pontuação: 4.		
		Revisão inferior a 80,0% dos óbitos institucionais	Pontuação: 0.		
	Satisfação do Usuário.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%	Pontuação: 8.	8	
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%	Pontuação: 4.		
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%	Pontuação: 2.		
		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 recebidas		8	

TIPO	INDICADOR	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Atenção ao Usuário	Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	≤ 20,0% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.		5	16
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	≤ 1,66	Pontuação: 6	6	
		> 1,66 e ≤ 4,7	Pontuação: 3		
		> 4,7	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	≤ 3,63	Pontuação: 6	6	
		> 3,63 e ≤ 7,1	Pontuação: 3		
		>7,1	Pontuação: 0		
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	≤7,76	Pontuação: 6	6	
		>7,76 e ≤ 13,8	Pontuação: 3		
		> 13,8	Pontuação: 0		
Qualidade da assistência à saúde	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.		5	54
		A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.		2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (Por mil).	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	até 0,1%		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2.	até 5 ,4%		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3.	até 17,8%		2	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4.	até 65,4%		1	
	Envio do relatório de Segurança do Paciente.	Envio do Relatório de Segurança do paciente		6	
		Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência	Pontuação:8		
		Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 6		
		Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 4		
		Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 2		

TIPO	INDICADOR	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Transparência	Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	≤ 20,0% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.		5	8
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	≤ 1,66	Pontuação: 6	6	
		> 1,66 e ≤ 4,7	Pontuação: 3		
		> 4,7	Pontuação: 0	8	
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	≤ 3,63	Pontuação: 6	6	
		> 3,63 e ≤ 7,1	Pontuação: 3		
		>7,1	Pontuação: 0		
Qualidade da assistência à saúde	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	≤7,76	Pontuação: 6	6	54
		>7,76 e ≤ 13,8	Pontuação: 3		
		> 13,8	Pontuação: 0		
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.		5	
		A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.		2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (Por mil).	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	até 0,1%		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2.	até 5 ,4%		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3.	até 17,8%		2	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4.	até 65,4%		1	
	Envio do relatório de Segurança do Paciente.	Envio do Relatório de Segurança do paciente		6	
	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.	Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 0		
		100,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Pontuação:8		
		90,0% a 99,9% das ações de Educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 6		
		80,0% a 89,9% das ações de Educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 4		
		70,0% a 79,9% das ações de Educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 2		
		< 70,0% das ações de Educação Permanente programadas para o período.	Pontuação: 0		

TIPO	INDICADOR	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Educação Permanente	Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	≤ 20,0% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.		5	8
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	≤ 1,66	Pontuação: 6	6	
		> 1,66 e ≤ 4,7	Pontuação: 3		
	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.	> 4,7	Pontuação: 0	8	
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	≤ 3,63	Pontuação: 6	6	
		> 3,63 e ≤ 7,1	Pontuação: 3		
		>7,1	Pontuação: 0		
Qualidade da assistência à saúde	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	≤7,76	Pontuação: 6	6	54
		>7,76 e ≤ 13,8	Pontuação: 3		
		> 13,8	Pontuação: 0		
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.		5	
		A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.		2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (Por mil).	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	até 0,1%		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2.	até 5 ,4%		5	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3.	até 17,8%		2	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4.	até 65,4%		1	
	Envio do relatório de Segurança do Paciente.	Envio do Relatório de Segurança do paciente		6	
TOTAL					100

5. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

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

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

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

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

5.3. Relatório de Custos;

5.4. Censo de origem dos pacientes atendidos;

5.5. Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;

5.6. Outras, a serem definidas pela CONTRATANTE.

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

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

5.9. Na hipótese de gerenciamento de mais de uma unidade de saúde por uma mesma Organização Social, poderá ser instituído mecanismo de centralização das atividades administrativas em comum e de compartilhamento de custos, regulamentado pela Portaria SES nº 101 de 14 de Fevereiro de 2022, com vistas à maximização de controles e ao aumento da eficiência e da melhor aplicação dos recursos, observada a proporcionalidade entre a receita total obtida pela Organização Social com contratos de gestão neste Estado e a receita de cada unidade de saúde.

5.10. Quando os custos indiretos forem pagos também por outras fontes, a Organização Social de Saúde deve apresentar a memória de

cálculo do rateio da despesa, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa.

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 3 (três) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

(X) Internamento

(X) Atendimento Ambulatorial

(X) Cirurgias Eletivas e de Urgência

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

1.1.2 O montante anual do orçamento econômico-financeiro destinado ao custeio com as Despesas Operacionais e Administração Central do Contrato de Gestão é de R$ 168.120.872,04 (cento e sessenta e oito milhões, cento e vinte mil, oitocentos e setenta e dois reais e quatro centavos), sendo mensal de R$ 14.010.072,67 (quatorze milhões, dez mil, setenta e dois reais e sessenta e sete centavos), incluindo os recursos com administração central.

1.2 O montante do orçamento econômico-financeiro destinado ao custeio com as Despesas Operacionais do HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS para o exercício de 2025/2026 fica estimado em R$ 164.517.929,40 (cento e sessenta e quatro milhões, quinhentos e dezessete mil, novecentos e vinte e nove reais e quarenta centavos) sendo mensal de R$ 13.709.827,45 (treze milhões setecentos e nove mil, oitocentos e vinte e sete reais e quarenta e cinco centavos).

Os recursos correspondentes à Administração Central no valor mensal de R$ 300.245,22 (trezentos mil, duzentos e quarenta e cinco reais e vinte e dois centavos) será repassado à Organização Social de Saúde, desde que se enquadre nos requisitos da PORTARIA SES no 101, de 14 de fevereiro de 2022, que revogou a PORTARIA SES No 338 DE 24 DE SETEMBRO DE 2020, que regulamenta o artigo 10-A da Lei Estadual no 15.210/2013 e seus parágrafos, que trata dos custos indiretos incorridos.

1.3 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$ 115.162.550,58 (cento e quinze milhões, cento e sessenta e dois mil, quinhentos e cinquenta reais e cinquenta e oito centavos) será repassado em 12 (doze) parcelas mensais no valor de R$ 9.596.879,22 (nove milhões quinhentos e noventa e seis mil, oitocentos e setenta e nove reais e vinte e dois centavos).

1.4.2 20% (vinte por cento) do valor mencionado no item 1.3 acima, ou seja, R$ 32.903.585,88 (trinta e dois milhões, novecentos e três mil e quinhentos e oitenta e cinco reais e oitenta e oito centavos) será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, de até R$ 2.741.965,49 (dois milhões, setecentos e quarenta e um mil, novecentos e sessenta e cinco reais e quarenta e nove centavos) junto a parcela fixa, sendo esse valor vinculado à avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.4.3 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 1.3 acima, ou seja, R$ 16.451.792,94 (dezesseis milhões quatrocentos e cinquenta e um mil, setecentos e noventa e dois reais e noventa e quatro centavos), será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa com valor mensal estimativo de R$ 1.370.982,75 (um milhão trezentos e setenta mil, novecentos e oitenta e dois reais e setenta e cinco centavos), sendo esse valor vinculado à avaliação dos indicadores qualitativos e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.5 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 SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais e SIH - Sistemas de Informações Hospitalares, 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 Hospitalares, serão encaminhadas pelo CONTRATANTE através do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais ou outra solução determinada pela SES/PE, de acordo com as normas e prazos estabelecidos pela SES.

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

Tabela: Sistemática de Pagamento dos indicadores quantitativos

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R$)
Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial.	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
Número de saídas hospitalares.	Acima do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	4,0%do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número total de cirurgias realizadas	Acima do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	4,0%do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número de cirurgias geral realizadas	Acima do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5%do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0 % do valor global do contrato
	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

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R$)
Número de cirurgias urológicas realizadas	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	Acima do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0 % do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	3,0%do valor global do contrato
Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial.	Acima do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
Número de cirurgias urológicas de ressecção endoscópica da próstata (Turp) realizadas	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5%do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	Acima do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0 % do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	Acima do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	4,0%do valor global do contrato
Número de saídas hospitalares.	De 85,0% até 100% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
Número total de neurocirurgias - coluna e crânio realizadas	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5%do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0 % do valor global do contrato
	Acima do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	Acima do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	5,0% 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	4,0%do valor global do contrato
Número de neurocirurgias de alta complexidade realizadas	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5%do valor global do contrato
Número total de cirurgias realizadas	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0 % do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
	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
	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
Número de cirurgias torácica realizadas	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5%do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5%do valor global do contrato
Número de cirurgias geral realizadas	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0 % do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0 % do valor global do contrato
	Acima do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5%do valor global do contrato
Número de cirurgias urológicas realizadas	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0 % do valor global do contrato
	Acima do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	0,5%do valor global do contrato
Número de cirurgias urológicas de ressecção endoscópica da próstata (Turp) realizadas	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	0,25 % do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0 % do valor global do contrato
	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

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

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

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

ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO

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

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

A cada ano, quando houver alterações nos indicadores, será elaborado novo Manual que estabelecerá todas as regras e critérios técnicos

para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão. O Manual que subsidiará a avaliação do ano de 2025/2026 encontra-se descrito a seguir.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

Para fins de aferição e do pagamento correspondente à parte variável (30,0%) 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 30,0% da parte variável (indicadores de produção e qualidade) do Contrato de Gestão em seus respectivos meses de avaliação. O monitoramento e avaliação de cada indicador será mensal, mas sua consolidação e análise ocorrerá de forma trimestral. Para efeitos de valoração financeira, considera-se o atingimento das metas mensais, que somente serão descontadas em caso de seu não cumprimento, após a avaliação trimestral, nos termos da Lei Nº 15.210/2013 e suas alterações.

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

2. METAS E INDICADORES

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

2.1 INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

Quadro 1: Quadro Geral de Indicadores de Quantidade

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PRODUÇÃO	Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	Total de consultas médicas ambulatoriais	Realizar 1.680 consultas médicas em regime ambulatorial	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de saídas hospitalares	Número de saídas hospitalares	Atingir o quantitativo de 700 saídas hospitalares por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número total de cirurgias realizadas	Total mensal de cirurgias realizadas (Média e alta complexidade)	Realizar 490 cirurgias mensais, Informando a produção por especialidade médica responsável pelos procedimentos	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de cirurgias gerais realizadas	Total mensal de cirurgias gerais realizadas	Realizar 215 cirurgias gerais mensais	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número total de cirurgias urológicas realizadas	Total mensal de cirurgias urológicas realizadas	Realizar 110 cirurgias de urológicas mensais	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de cirurgias urológicas de ressecção endoscópica da próstata (TURP) realizadas	Total mensal de cirurgias de ressecção endoscópica da próstata (Turp) realizadas	Realizar 20 cirurgias de ressecção endoscópica da próstata (TURP) mensais	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número total de neurocirurgias - coluna e crânio realizadas	Total mensal de cirurgias neurológicas (coluna e crânio) realizadas	Realizar 75 cirurgias neurológicas mensais	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de neurocirurgia de alta complexidade realizadas	Total mensal de cirurgias neurológicas de alta complexidade	Realizar minimamente 13 cirurgias neurológicas de alta complexidade	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de cirurgias torácica realizadas	Total mensal de cirurgias torácica realizadas	Realizar 90 cirurgias torácica mensais	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

2.1.1 NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS EM REGIME AMBULATORIAL

Nome	**Número de Consultas Médicas Realizadas em Regime Ambulatorial**

Conceituação	O indicador Número de Consultas Médicas Realizadas em Regime Ambulatorial corresponde ao total de atendimentos médicos realizados a pacientes externos, sem necessidade de internação hospitalar, no período de apuração definido (mensal, trimestral ou anual)**.**
Importância	O Número de Consultas Médicas em Regime Ambulatorial é fundamental para o monitoramento da produção assistencial pactuada nos contratos de gestão, pois reflete a capacidade operacional da unidade em garantir acesso oportuno à atenção especializada. Esse indicador permite avaliar o cumprimento das metas físicas contratualizadas, subsidiar análises de desempenho assistencial e identificar variações na oferta de serviços ao longo do tempo. Além disso, contribui para o planejamento da força de trabalho médica, organização da agenda assistencial e dimensionamento da demanda reprimida. No âmbito da gestão contratual, sua mensuração sistemática favorece a transparência, o acompanhamento da execução física do contrato e a correlação entre produção assistencial e repasse financeiro, sendo um parâmetro essencial para a avaliação de eficiência e regularidade da prestação dos serviços ambulatoriais.
Meta	1.680 **consultas médicas em regime ambulatorial por mês.**
Método de Cálculo	**Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)**
	Numerador: Total de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial no período de referência, devidamente registradas nos sistemas oficiais de informação da unidade**.** **Critérios de Inclusão -** Devem ser contabilizadas: • Primeiras consultas médicas ambulatoriais; • Consultas de retorno; • Consultas de seguimento; • Interconsultas médicas realizadas no ambulatório; • Consultas eletivas agendadas e efetivamente realizadas; • Atendimentos médicos presenciais realizados em ambulatório hospitalar ou especializado; • Teleconsultas médicas, quando formalmente regulamentadas e pactuadas contratualmente. **Critérios de Exclusão -** Não devem ser contabilizados: • Atendimentos em regime de urgência e emergência; • Atendimentos realizados durante internação hospitalar; • Procedimentos exclusivamente diagnósticos sem consulta médica (ex.: exame de imagem, coleta laboratorial); • Atendimentos multiprofissionais não médicos; • Consultas canceladas; • Faltas de pacientes (absenteísmo); • Encaixes não realizados; • Reavaliações exclusivamente administrativas (ex.: entrega de resultado sem atendimento médico formal). **Denominador:** Não se aplica (indicador absoluto de produção). **Observações:** • O indicador de consultas médicas ambulatoriais avalia o cumprimento da meta contratada, considerando o volume de atendimentos médicos realizados no período. Trata-se de indicador quantitativo de produção assistencial, cuja apuração se dá pela comparação entre a produção mensal registrada e a meta pactuada. • Incluem-se consultas eletivas, de seguimento, primeiras consultas, retornos e interconsultas, desde que devidamente registradas nos sistemas oficiais da unidade. Não são considerados atendimentos de urgência e emergência, procedimentos exclusivamente diagnósticos sem avaliação médica presencial, atendimentos multiprofissionais não médicos, bem como consultas canceladas ou não realizadas. Apenas os atendimentos efetivamente executados e registrados serão validados. • Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 2,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. **REFERÊNCIA:** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS: manual de orientações técnicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

2.1.2 NÚMERO DE SAÍDAS HOSPITALARES

Nome	**Número de Saídas Hospitalares**

Conceituação	Número total de internações encerradas no período analisado, independentemente do motivo da saída (alta hospitalar, transferência, óbito, evasão ou alta a pedido), considerando apenas internações formalmente abertas e registradas no sistema de informação hospitalar.
Importância	O indicador Número de Saídas Hospitalares constitui medida essencial da produção assistencial da unidade hospitalar, pois expressa o volume de internações efetivamente concluídas no período de apuração, independentemente do desfecho clínico ou administrativo. Trata-se de um parâmetro central para avaliação do desempenho operacional, uma vez que reflete a utilização real dos leitos disponíveis e a capacidade da unidade em finalizar ciclos de cuidado. Sua mensuração possibilita acompanhar a dinâmica do fluxo assistencial, subsidiar o planejamento da oferta de serviços e apoiar o dimensionamento adequado de recursos humanos, estruturais e financeiros. Além disso, o indicador serve de base para o cálculo e análise de métricas correlatas, como média de permanência, taxa de ocupação, giro de leitos e taxa de mortalidade hospitalar. No âmbito dos contratos de gestão, assume papel estratégico na aferição do cumprimento das metas quantitativas pactuadas, funcionando como instrumento objetivo de monitoramento da produção hospitalar e da efetiva entrega de serviços à população usuária do SUS.
Meta	**700 saídas hospitalares por mês.**
Método de Cálculo	**Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)**
	Numerador: Soma das internações encerradas no período. **Critério de Inclusão -** Devem ser contabilizadas todas as internações que tenham sido formalmente encerradas no período de apuração, independentemente do desfecho, incluindo: • Alta hospitalar por melhora clínica; • Alta por cura ou estabilidade; • Óbito; • Transferência para outra unidade hospitalar (interna ou externa); • Alta a pedido; • Evasão; • Encerramentos administrativos devidamente registrados. **NOTA:** A data considerada para fins de apuração é a data do encerramento da internação (data da saída). **Critérios de Exclusão -** Não devem ser contabilizados: • Pacientes ainda internados no período analisado; • Atendimentos ambulatoriais; • Atendimentos de urgência/emergência sem internação formal; • Procedimentos em hospital-dia quando não configurarem internação hospitalar conforme normativa vigente; • Movimentações internas de leito que não caracterizem encerramento da internação; • Internações canceladas antes da efetiva admissão do paciente. **Denominador:** Não se aplica (indicador absoluto de produção). **Observações:** • O indicador de saídas hospitalares avalia o cumprimento da meta contratada, considerando o total de altas, transferências e óbitos registrados no período. Por se tratar de medida de produção absoluta, não possui denominador; contudo, sua análise deve ser realizada em conjunto com indicadores de permanência média e taxa de ocupação, a fim de subsidiar a avaliação da eficiência assistencial. • Serão consideradas no cômputo as saídas com permanência inferior a 24 horas, desde que caracterizada internação formal, com ocupação de leito e registro regular de admissão e alta no sistema oficial da unidade. Não serão incluídos atendimentos em regime de observação, hospital-dia ou permanências em unidades de urgência e emergência que não configurem internação formal. Recomenda-se o monitoramento complementar das internações de curta duração, com vistas à identificação de possíveis distorções assistenciais ou inconsistências de registro. • Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 5,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. **Referências:** BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2026.

2.1.3 PRODUÇÃO CIRÚRGICA

Nome	Número de Cirurgias Realizadas

Conceituação	O indicador mensura o quantitativo de procedimentos cirúrgicos efetivamente realizados pela unidade de saúde no período de referência, considerando as especialidades e modalidades cirúrgicas previstas no Contrato de Gestão. A apuração contempla a produção cirúrgica global e os respectivos componentes específicos pactuados, conforme metas contratuais.
Importância	O indicador permite monitorar o volume de procedimentos cirúrgicos realizados pela unidade, subsidiando a avaliação da produção assistencial, da utilização da capacidade instalada e do funcionamento do serviço cirúrgico. Também contribui para o acompanhamento da utilização de salas cirúrgicas, equipes, equipamentos e insumos, bem como para a identificação de variações na produção e de eventuais restrições ou gargalos que possam impactar o acesso e a resolutividade da assistência cirúrgica.
Meta	• **Cirurgia Geral:** 215 procedimentos/mês; • **Cirurgia Urológica:** 90 procedimentos/mês; • **Ressecção Endoscópica da Próstata (TURP):** 20 procedimentos/mês; • **Neurocirurgia – Coluna, Crânio e Alta Complexidade:** 75; procedimentos/mês; • **Cirurgia Torácica:** 90 procedimentos/mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
Definições	**Numerador:** Total de cirurgias realizadas no período de referência, correspondendo ao somatório dos procedimentos cirúrgicos pactuados e devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação da unidade. **Denominador:** Não se aplica, por se tratar de indicador de quantidade absoluta de produção. **Critérios de Inclusão:** • Procedimentos cirúrgicos efetivamente realizados no período de referência; • Procedimentos previstos nas especialidades e modalidades pactuadas no Contrato de Gestão; • Procedimentos realizados em pacientes internados ou em regime ambulatorial, desde que caracterizados institucionalmente como ato cirúrgico; • Procedimentos com registro assistencial e administrativo que permita sua validação nos sistemas oficiais da unidade; • Procedimentos com documentação compatível no prontuário, mapa cirúrgico e/ou sistema de produção adotado pela unidade. **Critérios de Exclusão:** • Procedimentos cancelados, suspensos ou não realizados; • Procedimentos exclusivamente diagnósticos ou intervencionistas que não se caracterizem como ato cirúrgico; • Atendimentos realizados fora de ambiente cirúrgico sem formalização do procedimento; • Registros incompletos, duplicados ou não validados nos sistemas oficiais; • Pequenos procedimentos ambulatoriais, quando não classificados institucionalmente como cirúrgicos. **Objetivo** Monitorar e avaliar a produção cirúrgica da unidade, considerando os procedimentos efetivamente realizados e devidamente registrados nos sistemas oficiais, em comparação com as metas estabelecidas no Contrato de Gestão. **Observação:** • O indicador de número de cirurgias realizadas avalia o cumprimento da produção cirúrgica global da unidade em relação ao volume contratado, considerando o somatório das especialidades cirúrgicas pactuadas. Quando o desempenho da unidade atinge entre 85,0% e 100% da meta estabelecida, é assegurado o repasse correspondente aos seguintes percentuais do valor global do contrato: • Número total de Cirurgias realizadas:5,0 % ; • Número de cirurgias geral realizadas: 1,0%; • Número de cirurgias urológicas realizadas: 1,0%; • Número de cirurgias urológicas de ressecção endoscópica da próstata (Turp) realizadas: 1,0%; • Número total de neurocirurgias - coluna e crânio realizadas: 1,0%. • Número de neurocirurgias de alta complexidade realizadas: 1,0%. • Número de cirurgias torácica realizadas: 1,0%. **Observação:** • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. **Referências:** BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): produção hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2013.

2.2 INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

Seguem abaixo os indicadores de Produção sem valoração financeira:

Quadro 2: Indicadores de Quantidade - Sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PRODUÇÃO	Número de consultas realizadas pela equipe multiprofissional	Total de consultas realizadas pela equipe multiprofissional	Apresentar o quantitativo de consultas ambulatoriais realizadas pela equipe multiprofissional	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de procedimentos de SADT por tipo	Total de procedimentos de SADT por tipo	Apresentar informação sobre os procedimentos de SADT	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de atendimentos realizados pelo SAD	Total de atendimentos realizados pelo SAD	Apresentar informação sobre os atendimentos do SAD	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

2.2.1 NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Nome	Número de Consultas Individuais Realizadas por Profissionais de Nível Superior, Exceto Médico.
Conceituação	Este indicador mensura o quantitativo de atendimentos individuais realizados por profissionais de nível superior não médicos, no âmbito da assistência à saúde. Inclui atendimentos prestados por categorias como enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social, fonoaudiologia, terapia ocupacional, entre outras, desde que configurados como consulta individual, com registro formal em prontuário.
Importância	Este indicador é essencial para avaliar a atuação da equipe multiprofissional na assistência à saúde. Ele permite mensurar a produção assistencial dessas categorias, evidenciando sua contribuição no cuidado ao paciente e reforçando a importância de uma abordagem integrada e interdisciplinar. Além disso, contribui para a análise do acesso da população a atendimentos não médicos, auxiliando na redução da sobrecarga sobre os profissionais médicos e na ampliação da resolutividade dos serviços. Também reflete a diversidade de intervenções ofertadas, incluindo ações terapêuticas, preventivas e de reabilitação, impactando positivamente na qualidade do cuidado. Por fim, fornece subsídios técnicos relevantes para o planejamento, gestão e tomada de decisão, especialmente no que se refere ao dimensionamento de equipes, alocação de recursos e pactuação de metas assistenciais.
Meta	**Envio da Informação**
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção).

Definições	**Numerador:** Total de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos, no período. **Critérios de Inclusão:** • Todas as consultas individuais efetivamente realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos, no período de referência; • Atendimentos realizados em ambiente assistencial adequado, com início e conclusão do atendimento individual; • Consultas com registro completo nos sistemas oficiais da unidade (prontuário e sistema de informação); • Atendimentos realizados em pacientes em regime ambulatorial ou internados, desde que caracterizados como consulta individual multiprofissional. **Critérios de Exclusão:** • Consultas coletivas ou atendimentos em grupo; • Atividades exclusivamente administrativas, educativas ou de apoio, sem caráter assistencial individual; • Procedimentos técnicos isolados que não se configurem como consulta; • Atendimentos realizados sem registro formal em prontuário ou sistema oficial; • Registros incompletos, duplicados ou não validados nos sistemas institucionais; • Atendimentos realizados por profissionais que não sejam de nível superior ou que não se enquadrem nas categorias previstas no indicador. **Denominador:** Não se aplica (indicador absoluto de produção). **Observações:** • O indicador de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos avalia o cumprimento da meta contratada, considerando o volume de atendimentos realizados no período. Trata-se de indicador quantitativo de produção assistencial, cuja apuração se dá pela comparação entre a produção mensal registrada e a meta pactuada. • Incluem-se consultas eletivas, de seguimento, primeiras consultas, retornos e interconsultas, desde que devidamente registradas nos sistemas oficiais da unidade. Não são considerados atendimentos de urgência e emergência, bem como consultas canceladas ou não realizadas. Apenas os atendimentos efetivamente executados e registrados serão validados. • Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 1,0% do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. **Referências:** BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: MS. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

2.2.2 NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE SADT POR TIPO

Nome	Número de Procedimentos de SADT por tipo
Conceituação	O indicador Número de Procedimentos de SADT por Tipo mensura a produção assistencial referente aos procedimentos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) realizados pela unidade de saúde, discriminados conforme sua natureza ou especialidade diagnóstica/terapêutica, em determinado período de referência.
Importância	O indicador é fundamental para o monitoramento da capacidade operacional do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da unidade, permitindo avaliar o volume e a diversidade dos exames e procedimentos ofertados à população. Sua estratificação por tipo possibilita identificar o perfil da demanda assistencial, analisar a utilização dos recursos tecnológicos disponíveis, monitorar a produtividade por área diagnóstica e verificar a adequação da oferta à complexidade do hospital. No âmbito da gestão contratual, o indicador subsidia a verificação do cumprimento das metas físicas pactuadas, contribui para o acompanhamento da execução financeira (especialmente quando há valores diferenciados por grupo de procedimento) e fortalece a transparência na mensuração da produção. Além disso, permite avaliar impactos sobre o fluxo assistencial, tempo de permanência hospitalar, resolutividade clínica e taxa de encaminhamento externo, apoiando decisões estratégicas relacionadas à ampliação, redimensionamento ou qualificação dos serviços diagnósticos. Por fim, constitui instrumento relevante para auditoria, controle e fiscalização da produção assistencial, assegurando aderência ao perfil assistencial contratado e à capacidade instalada da unidade.
Meta	Apresentar informações sobre os procedimentos de SADT.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção).

Definições	**Numerador:** Soma do número de procedimentos de SADT realizados no período de apuração, discriminados por tipo, devidamente registrados nos sistemas oficiais da unidade. **Critério de Inclusão:** • Procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico realizados na unidade; • Exames laboratoriais (análises clínicas, bioquímica, hematologia, microbiologia etc.); • Exames de imagem (radiografia, tomografia, ultrassonografia, ressonância, quando aplicável); • Métodos gráficos (ECG, EEG, MAPA, Holter etc.); • Procedimentos endoscópicos diagnósticos ou terapêuticos; • Procedimentos realizados em pacientes ambulatoriais, de urgência/emergência ou internados; • Procedimentos efetivamente realizados e concluídos; • Registros devidamente lançados e validados no sistema oficial (SIA/SUS, BPA, APAC ou sistema próprio validado pela SES). **Critério de Exclusão:** • Procedimentos solicitados, mas não realizados; • Exames cancelados ou interrompidos sem conclusão técnica; • Registros duplicados ou inconsistentes; • Procedimentos realizados fora do período de competência; • Procedimentos exclusivamente administrativos (ex.: cadastro, agendamento); • Exames repetidos por erro técnico (quando configurado retrabalho). **Observação 01:** Para fins de apuração, consideram-se procedimentos de SADT aqueles exames ou atos terapêuticos complementares solicitados por profissional habilitado, destinados à investigação diagnóstica, monitoramento clínico ou tratamento, tais como exames laboratoriais, exames de imagem, métodos gráficos, endoscopias, exames cardiológicos, entre outros, desde que compatíveis com o perfil assistencial e devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação. A expressão “por tipo” refere-se à necessidade de estratificação da produção por categoria de procedimento, conforme classificação pactuada contratualmente (ex.: laboratório, radiologia, tomografia, ultrassonografia, endoscopia, métodos diagnósticos especializados, etc.).Trata-se de indicador quantitativo de produção assistencial, com apuração individualizada por grupo ou tipo de procedimento. **Nota:** Indicador não valorado para fins de repasse financeiro, sendo utilizado exclusivamente para monitoramento da produção de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), por tipo de procedimento. Seu acompanhamento possui caráter gerencial, permitindo a análise do perfil e volume dos exames e procedimentos realizados, subsidiando o planejamento da capacidade instalada, a organização da oferta de serviços e a qualificação do apoio diagnóstico e terapêutico, sem impacto direto no cálculo de metas financeiras contratuais. **Observação 02:** Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. **Referências:** BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS): Manual Técnico Operacional. Brasília: Ministério da Saúde, versão vigente.

2.2.3 NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SAD

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

Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção).
Definições	**Numerador:** 1. **Dimensão 1 – Pacientes acompanhados:** ◦ Numerador: Número de pacientes que receberam pelo menos um atendimento domiciliar no período de referência. ◦ Cada paciente é contado apenas uma vez, independentemente do número de visitas realizadas. 2. **Dimensão 2 – Consultas/atendimentos realizados:** ◦ Numerador: Número total de atendimentos domiciliares realizados no período de referência, contabilizando cada visita domiciliar efetivamente realizada e registrada. ◦ Permite avaliar a intensidade do acompanhamento de cada paciente. **Critérios de Inclusão:** • Consultas realizadas no domicílio do paciente por médico integrante do SAD. • Pacientes acompanhados pelo SAD com prescrição médica vigente. • Atendimentos domiciliares realizados no domicílio, registrados em prontuário ou sistema de informação do serviço. • Pacientes que receberam pelo menos um atendimento domiciliar durante o período de referência. • Atendimentos realizados por profissionais habilitados (enfermagem, médico, fisioterapeuta, etc.) conforme protocolo do SAD. **Critérios de Exclusão** - Não devem ser contabilizadas: • Atendimentos cancelados, não realizados ou realizados fora do domicílio (ex.: hospital, ambulatório). • Pacientes sem registro formal do atendimento no período. • Atendimentos realizados a pacientes que não estão cadastrados no SAD ou sem plano de cuidado registrado. • Visitas administrativas ou de suporte sem cuidado direto ao paciente, se houver registro distinto. **Denominador:** Não se aplica (indicador absoluto de produção). **Definição:** A Atenção Domiciliar é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. O cuidado em casa é realizado pelas equipes multiprofissionais dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que incluem: • Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD): Responsáveis por fornecer cuidados médicos, de enfermagem e outros serviços essenciais diretamente na residência do paciente. • Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP): Oferecem suporte adicional às EMAD, visando garantir que todas as necessidades do paciente sejam atendidas de forma integrada e eficiente. **NOTA:** Para fins de apuração, consideram-se consultas de atenção domiciliar os atendimentos presenciais realizados por profissionais de saúde integrantes da equipe multiprofissional do SAD (médico, enfermeiro ou outros profissionais habilitados conforme o plano terapêutico), destinados à avaliação clínica, acompanhamento, tratamento, reabilitação ou monitoramento do paciente no ambiente domiciliar. As consultas devem estar vinculadas a pacientes formalmente admitidos no SAD, com Plano de Atenção Domiciliar (PAD) ativo, e devidamente registradas nos sistemas oficiais de informação adotados pela Secretaria contratante. **Observação:** • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. **Referências:** BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 jan. 2024.

2.3 INDICADORES DE QUALIDADE

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

Quadro 03: Quadro Geral de Indicadores de Qualidade

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	**INDICADOR**	**ESPECIFICAÇÃO**	**META**		**FONTE DE VERIFICAÇÃO**	**PONTUAÇÃO POR INDICADOR**	**PONTUAÇÃO POR GRUPO**
Qualidade da assistência à saúde	**Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.**	Monitorar a frequência de reinternações após procedimentos cirúrgicos, visando avaliar a qualidade e a segurança da assistência.	**≤ 20,0% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	54
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	**Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI. Aferir a frequência de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto**	**≤ 1,66**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	
			> 1,66 e ≤ 4,7	**Pontuação: 3**			
			> 4,7	**Pontuação: 0**			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	**Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto**	**≤ 3,63**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	
			> 3,63 e ≤ 7,1	**Pontuação: 3**			
			>7,1	**Pontuação: 0**			
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	**Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.**	**≤7,76**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	
			>7,76% e ≤ 13,8	**Pontuação: 3**			
			> 13,8	**Pontuação: 0**			
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	**Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes adultos internados, de acordo com a classificação de risco obtida pela Escala de Braden.**	**A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**5**	
			A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.			2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (Por mil).	**Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.**	**≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	**Acompanhar e avaliar a qualidade e segurança dos cuidados cirúrgicos prestados a pacientes com baixo risco (ASA 1).**	**até 0,1%**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	**INDICADOR**	**ESPECIFICAÇÃO**	**META**		**FONTE DE VERIFICAÇÃO**	**PONTUAÇÃO POR INDICADOR**	**PONTUAÇÃO POR GRUPO**
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2.	**Monitorar a frequência de reinternações após procedimentos cirúrgicos, visando avaliar a qualidade e a segurança da assistência.**	**até 5 ,4%**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	5	
	Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	**Monitorar e avaliar a segurança e qualidade do atendimento cirúrgico em pacientes com risco moderado (ASA 2).**	**≤ 20,0% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3.	**Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes com condições clínicas graves instáveis.**	**≤ 1,66**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**2**	
			> 1,66 e ≤ 4,7	**Pontuação: 3**			
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4.	**Monitorar e avaliar a qualidade e segurança do atendimento cirúrgico para pacientes com condições clínicas graves e instáveis.**	**até 65,4%**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**1**	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	**Monitorar e avaliar a frequência de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto**	**Envio do Relatório de Segurança do paciente**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	
	Envio do relatório de Segurança do Paciente.	**Garantia que os incidentes de segurança sejam registrados, analisados e corrigidos.**				6	
Eficiência da Gestão Hospitalar	**Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.**	**Identificar falhas nos processos administrativos e operacionais que levam ao cancelamento de cirurgias.**	**≤ 3,63**	**Pontuação: 6**	**Relatório de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheias ao paciente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.**	**6**	6
	Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente.	**Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto**	**> 3,63 e ≤ 14,1**	**Pontuação: 3**			
			Envio da Informação: Encaminhar relatório mensal com o quantitativo de cirurgias agendadas, realizadas e canceladas, acompanhado das respectivas justificativas.				
			> 14,1	**Pontuação: 0**			
Vigilância do Óbito	**Densidade de incidência de pneumonia associada à Ventilação mecânica em UTI adulto (>=24h).**	**Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.**	**Revisão de 90,0% ou mais dos óbitos institucionais.**	**Pontuação: 0**	**Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.**	**6**	**8**
	Taxa de revisão dos óbitos institucionais adulto.	**Avaliar as causas dos óbitos que ocorreram após 24 horas de internação.**	**≤ 7,76**	**Pontuação: 8.**			
			>7,76% e ≤ 13,8	**Pontuação: 3**			
			Revisão entre 80,0% e 89,9% dos óbitos institucionais.	**Pontuação: 4.**			
			> 13,8	**Pontuação: 0**			
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	**Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes adultos internados, de acordo com a classificação de risco obtida pela Escala de Braden.**	**Revisão inferior a 80,0% dos óbitos institucionais.**			**8**	
			A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.	**Pontuação: 0.**		**5**	
Qualidade da assistência à saúde			**A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.**	**Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%. Pontuação: 8.**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	2	54
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (Por mil).	**Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.**		**Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%. Pontuação: 4.**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
			≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.	**Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% Pontuação: 2.**			
				Aferir satisfação do usuário menor que 70,0% Pontuação: 0.			
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	**Acompanhar e avaliar a qualidade e segurança dos cuidados cirúrgicos prestados a pacientes com baixo risco (ASA 1).**	**até 0,1%**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	**INDICADOR**	**ESPECIFICAÇÃO**	**META**		**FONTE DE VERIFICAÇÃO**	**PONTUAÇÃO POR INDICADOR**	**PONTUAÇÃO POR GRUPO**
Atenção ao Usuário	**Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.**	Monitorar a frequência de reinternações após procedimentos cirúrgicos, visando avaliar a qualidade e a segurança da assistência.	**≤ 20,0% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	**16**
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	**Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI. Aferir a frequência de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto**	**≤ 1,66**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	
			> 1,66 e ≤ 4,7	**Pontuação: 3**			
			> 4,7	**Pontuação: 0**			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	**Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto. Aferição mensal do grau de satisfação dos usuários e acompanhamento da**	**≤ 3,63**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	
			> 3,63 e ≤ 7,1	**Pontuação: 3**			
	Satisfação do Usuário		**>7,1**	**Pontuação: 0**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**		
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	**Monitorar as taxas de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.**	**≤7,76**	**Pontuação: 6**			
			>7,76% e ≤ 13,8	**Pontuação: 3**			
			> 13,8	**Pontuação: 0**		**6**	
Qualidade da assistência à saúde	**Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).**	**Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes adultos internados, de acordo com a classificação de risco obtida pela Escala de Braden.**	**A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**5**	54
			A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.			2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (Por mil).	**Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.**	**≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	**Acompanhar e avaliar a qualidade e segurança dos cuidados cirúrgicos prestados a pacientes com baixo risco (ASA 1).**	**até 0,1%**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	**INDICADOR**	**ESPECIFICAÇÃO**	**META**		**FONTE DE VERIFICAÇÃO**	**PONTUAÇÃO POR INDICADOR**	**PONTUAÇÃO POR GRUPO**
	Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	Monitorar a frequência de reinternações após procedimentos cirúrgicos, visando avaliar a qualidade e a segurança da assistência.	**≤ 20,0% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	**Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI. Aferir a frequência de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto**	**≤ 1,66**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	
			> 1,66 e ≤ 4,7	**Pontuação: 3**			
			> 4,7	**Pontuação: 0**		**8**	
	Taxa de Resolução das Queixas Registradas.	**Publicação mensal de informações de transparência em consonância com normativas vigentes.**	**Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	**Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto**	**≤ 3,63**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	
			> 3,63 e ≤ 7,1	**Pontuação: 3**		**8**	
			> 7,1	**Pontuação: 0**			
Qualidade da assistência à saúde	**Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.**	**Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.**	**Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.**	**Pontuação: 8**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	54
			Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	**Pontuação: 6**			
			Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	**Pontuação: 3**			
			Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	**Pontuação: 2**			
			Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	**Pontuação: 0**			
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	**Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes adultos internados, de acordo com a classificação de risco obtida pela Escala de Braden.**	**A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≤13) deve ser igual ou inferior a 7,76%.**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**5**	
			A incidência de LPP no Grupo B (Escala de Braden ≤ 18) deve ser igual ou inferior a 13,8%.	**Pontuação: 3**			
			A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo C (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.	**Pontuação: 4**		2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (Por mil).	**Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.**	**≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	**Acompanhar e avaliar a qualidade e segurança dos cuidados cirúrgicos prestados a pacientes com baixo risco (ASA 1).**	**até 0,1%**	**Pontuação: 2**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
				Pontuação: 0			

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	**INDICADOR**	**ESPECIFICAÇÃO**	**META**		**FONTE DE VERIFICAÇÃO**	**PONTUAÇÃO POR INDICADOR**	**PONTUAÇÃO POR GRUPO**
Transparência	**Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.**	Monitorar a frequência de reinternações após procedimentos cirúrgicos, visando avaliar a qualidade e a segurança da assistência.	**≤ 20,0% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	**8**
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	**Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI. Aferir a frequência de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto**	**≤ 1,66**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	
			> 1,66 e ≤ 4,7	**Pontuação: 3**			
			> 4,7	**Pontuação: 0**			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	**Aferição mensal da qualidade da resolução das Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto**	**≤ 3,63**	**Pontuação: 6**	**Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCS/SEAS/SE. SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**8**	
			> 3,63 e ≤ 7,1	**Pontuação: 3**		**6**	
			>7,1	**Pontuação: 0**			
Qualidade da assistência à saúde	**Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.**	**Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.**	**≤7,76**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	54
			>7,76% e ≤ 13,8	**Pontuação: 3**			
			> 13,8	**Pontuação: 0**			
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	**Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes adultos internados, de acordo com a classificação de risco obtida pela Escala de Braden.**	**A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**5**	
			A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.			2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (Por mil).	**Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.**	**≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1.	**Acompanhar e avaliar a qualidade e segurança dos cuidados cirúrgicos prestados a pacientes com baixo risco (ASA 1).**	**até 0,1%**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	**INDICADOR**	**ESPECIFICAÇÃO**	**META**		**FONTE DE VERIFICAÇÃO**	**PONTUAÇÃO POR INDICADOR**	**PONTUAÇÃO POR GRUPO**
	Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	Monitorar a frequência de reinternações após procedimentos cirúrgicos, visando avaliar a qualidade e a segurança da assistência.	**≤ 20,0% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.	**Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI. Aferir a frequência de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto**	**≤ 1,66**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	
			> 1,66 e ≤ 4,7	**Pontuação: 3**			
			> 4,7	**Pontuação: 0**			
Educação Permanente	**Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.**	**Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto**	**≤ 3,03**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	**8**
			> 3,63 e ≤ 7,1	**Pontuação: 3**			
			> 7,1	**Pontuação: 0**			
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	**Monitorar a frequência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.**	**≤ 7,76**	**Pontuação: 6**	**Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES/PE à transmissão do SIMAS.**	**8**	
			> 7,76 e ≤ 13,8	**Pontuação: 3**			
			> 13,8	**Pontuação: 0**			
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	**Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes adultos internados, de acordo com a classificação de risco obtida pela Escala de Braden.**	**A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≤13) for igual ou inferior a 2,2%.**	**Pontuação: 4**		**5**	
			A incidência de LPP em pacientes classificados no Grupo B (Escala de Braden ≤ 12), com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser igual ou inferior a 11,1%.	**Pontuação: 2**		2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (Por mil).	**Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.**	**≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1).	**Acompanhar e avaliar a qualidade e segurança dos cuidados Cirúrgicos prestados a pacientes com baixo risco (ASA 1).**	**até 0,1%**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
Qualidade da assistência à saúde	**Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.**	**Avaliar a execução do plano de educação permanente.**	**70,0% a 79,9% das ações de Educação Permanente programadas para o período**	**Pontuação: 2**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.**	**6**	54
			≤ 69,9% das ações de Educação Permanente programadas para o período.	**Pontuação: 0**			
TOTAL							**100**

Vale ressaltar que, para os indicadores cuja fonte de verificação seja o SIMAS, deve-se considerar previamente a viabilidade de mensuração por meio desse sistema. Na impossibilidade de apuração dos resultados pelo SIMAS, a Secretaria Estadual de Saúde poderá indicar solução ou sistema alternativo para a verificação e consolidação dos dados.

3. **FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES**

INDICADORES RELACIONADOS À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

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

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

Nome	**Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical de demora em UTI Adulto**

Conceituação	Mensura a ocorrência de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical de demora (ITU-CVD) em pacientes internados em UTI Adulto, cor
Importância	O acompanhamento da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical de demora (ITU-CVD) em Unidade de T
Meta	≤ 1,66
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1.000
Definições	**Fórmula do cálculo:** (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000 Estratificar os dados da fórmula em: Unidade de terapia intensiva (UTI) adulto. **Numerador:** Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse. **Critérios de inclusão:** • Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário; • O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; • Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas. **Critérios de Exclusão:** • Pacientes que utilizam cateter duplo J; • Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico). **Denominador:** Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse. **Observação 01**: Para fins de monitoramento contratual, serão contabilizados apenas os dias de exposição referentes aos cateteres vesicais de c **Critérios de inclusão:** • Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário **Critérios de Exclusão:** • Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de demora, como cateter duplo J, cistostomia, punç • Pacientes admitidos na UTI já com cateter vesical de demora instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso p

Observação 02:

- A caracterização de infecção do trato urinário (ITU) associada ao uso de cateter vesical de demora (CVD) deverá obrigatoriamente seguir os
- Os casos deverão ser validados pela **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** da unidade, com base em registros clínicos,

Observação 03: A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Cont

Definições:

- Cateter Vesical de Demora (CVD): considera-se aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostom
- Infecção do trato urinário em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos (sendo qu

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

- Conforme as recomendações vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Programa Nacional de Prevenção e Controle
- Entre as principais medidas preventivas destacam-se: utilização do cateter vesical apenas mediante indicação clínica devidamente justifica dispositivo.
- A contratada deverá implementar e monitorar a adesão aos bundles de prevenção de infecção associados ao cateter vesical de demora, rea

Observação 04:

Para fins de apuração deste indicador contratual, serão considerados apenas os cateteres vesicais de demora cuja inserção tenha ocorrido sob re

Nota:

- Todos os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto deverão ser monitorados sistematicamente quanto ao uso de catete

Observações:

- O resultado do indicador expressa o número de infecções do trato urinário associadas ao cateter vesical de demora para cada 1.000 catete
- Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, confo

	• Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior **Referência da meta:** Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA. **Referências:** ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Observatório ANAHP. 3. ed. São Paulo: ANAHP, 2011. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP).Observatório ANAHP 2019: publicação anual. 11. ed. São Paulo: ANAHP, 2019. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa n.º 4, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, set. 20 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde: indicador nacional das i BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Nota Técnica GVIM BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS. Manu

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

Nome	Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, Associada à Cateter Venoso Central em UTI Adulto.
Conceituação	A taxa de densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central (C
Importância	A densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central constitui um dos principais indicadores de qualidad
Meta	≤ 3,63
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
Definição	**a) Numerador:** Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia inten **Critérios de inclusão:** • Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois **Critérios de Exclusão :** • Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.). **b) Denominador:** Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês. **Critérios de inclusão:** • Pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais do que um cateter c

Critérios de Exclusão:

- Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.).
- Pacientes admitidos na UTI já com cateter venoso central instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio

Observações:

- A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecçã dispositivo.
- Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pa
- NÃO são considerados cateteres centrais para fins de notificação de dados de IPCSL: fístula arteriovenosa, enxerto arteriovenoso, cateteres at
- Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conform
- Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Definições:

- Cateter central: dispositivo intravascular utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminaç
- Tipos de cateteres centrais para fins de vigilância epidemiológica:
- Cateter central permanente: 1) cateter tunelizado, incluindo o cateter tunelizado de hemodiálise; 2) cateter totalmente implantável, incluindo
- Cateter central temporário: cateter não tunelizado, cateter não implantável, incluindo cateter temporário para hemodiálise.
- Cateter central de inserção periférica (PICC): dispositivo intravenoso, introduzido através de uma veia superficial ou profunda de um membro

	• Cateter Venoso Central (CVC): cateter vascular inserido no coração ou próximo dele ou em grandes vasos para infusão de medicamentos ou n • São considerados grandes vasos: artérias pulmonares, veia cava superior, veia cava inferior, tronco braquiocefálico, veias jugulares internas, **Medidas de Prevenção de Infecção por Cateter Venoso Central (CVC)** Conforme protocolos vigentes da ANVISA, CDC e CCIH, a contratada deverá adotar práticas sistemáticas para minimizar o risco de infecção da corre registrar e reportar diariamente dados de infecção e dias de cateter, e adotar medidas corretivas sempre que identificadas falhas. **Observação:** • Pacientes que chegam à UTI já com o dispositivo cateter venoso central, não são incluídos no cálculo do indicador, pois a instalação inicial do • Caso o paciente seja removido do dispositivo e posteriormente re-inserido na UTI, a contagem de pacientes-dia e potenciais eventos de infecç **NOTA:** Todos os pacientes internados em unidades de terapia intensiva devem ser monitorados de forma sistemática quanto ao uso de dispositivos invasiv **Observação:** Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com pos **Referência da meta:** Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA. **Referências:** BRASIL. Ministério da Saúde. *Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC)*. Agência Nacior

3.4. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO

Nome	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em UTI Adulto
Conceituação	Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo nú
Importância	É um importante indicador para a gestão da qualidade e segurança do paciente em UTIs. Monitorá-la ajuda a identificar problemas de prevenção e cor prestados em ambientes críticos sejam sempre os mais eficazes e seguros.
Meta	≤ 7,76
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
	Numerador: Número de episódios de pneumonia diagnosticada segundo os critérios clínico-epidemiológicos e laboratoriais da ANVISA, ocorridos em **Critérios de inclusão:** • Pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia de início da VM)

Definição

Critérios de Exclusão:

- Não são considerados ventilação mecânica invasiva para fins de vigilância epidemiológica os dispositivos de ventilação não invasiva, tais como (

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

Critérios de inclusão:

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

Critérios de Exclusão:

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

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

Conforme as recomendações vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecçõ Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Entre as principais medidas preventivas destacam-se: higienização adequada das mãos antes e após o contato com o paciente ou com dispositivos res possível; higiene oral com antisséptico conforme protocolo institucional; manutenção adequada da pressão do cuff; manejo apropriado dos circuitos ve

A contratada deverá implementar e monitorar a adesão aos bundles de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, realizar vigilância sempre que identificadas não conformidades ou aumento da incidência de infecção.

Observação:

- Serão considerados para o cálculo da Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica os pacientes submetidos à ventila
- Pacientes admitidos na UTI já em ventilação mecânica invasiva deverão ser incluídos na contagem dos dias de ventilação mecânica a partir da a

Nota:

Todos os pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva na UTI Adulto deverão ser monitorados sistematicamente quanto à ocorrência de Pneu redução das infecções relacionadas à assistência à saúde, ao fortalecimento da segurança do paciente e à melhoria contínua da qualidade da assistên

Definição:

- Ventilador mecânico: dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio

Observações:

	• Em caso de reintubação, considerar novo episódio de ventilação mecânica se o intervalo entre a extubação e nova intubação for superior a 48 h • A validação dos casos de PAV deve ser realizada por profissionais treinados em vigilância epidemiológica hospitalar, preferencialmente sob a co • Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior regis informações. **Referência da meta:** Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA. **Referências:** AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2024: orientações para vigilância das infec

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

Nome	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).
Conceituação	Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante o internamento hospitalar, ajustando os dados de acordo com a classificação de risco clínico dos pacientes (Escala de Braden) e considerando o tempo de exposição (em pacientes-dia).
Importância	A incidência de lesão por pressão (LPP) ajustada pelo risco clínico, por meio da Escala de Braden, é fundamental para avaliar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes internados. Este indicador permite identificar eventuais falhas nos processos de cuidado, especialmente relacionados à prevenção, monitoramento e manejo das condições que levam ao desenvolvimento de LPP. Ao ajustar a avaliação pelo grau de risco dos pacientes, considera-se a maior vulnerabilidade daqueles com comorbidades, limitações funcionais e internações prolongadas, assegurando uma análise justa e realista do desempenho institucional. A redução da incidência de LPP contribui para a diminuição do tempo de internação, a prevenção de complicações secundárias e a otimização dos recursos hospitalares. Além disso, o acompanhamento sistemático deste indicador atende às diretrizes nacionais e internacionais de segurança do paciente, sendo um requisito para o cumprimento dos contratos de gestão e a liberação da parte variável dos recursos vinculados à qualidade da assistência.
Meta	A **incidência de LPP** no **Grupo A for igual ou inferior a 2,2%**; A **incidência de LPP** em pacientes classificados no **Grupo B**, com plano de cuidados devidamente documentado, deve ser **igual ou inferior a 11,1%**.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
	Grupo A – Braden ≥ 13 **Numerador:** número de pacientes classificados no Grupo A que desenvolveram LPP durante a permanência hospitalar. **Denominador:** número total de pacientes classificados no Grupo A, com Escala de Braden ≥ 13, que não

Definição

apresentavam LPP no momento da admissão.

Grupo B – Braden ≤ 12

Numerador: número de pacientes classificados no Grupo B que desenvolveram LPP durante a permanência hospitalar.

Denominador: número total de pacientes classificados no Grupo B, com Escala de Braden ≤ 12, que não apresentavam LPP no momento da admissão.

Observação: Para os pacientes classificados no **Grupo B (Braden ≤ 12)** que desenvolverem LPP durante a permanência na unidade, deverá ser elaborado o respectivo **Plano de Cuidado Terapêutico**, devidamente registrado em prontuário e encaminhado juntamente com a documentação do indicador, contendo as condutas assistenciais adotadas para o tratamento da lesão.

Critérios de inclusão (para numerador e denominador):

- Pacientes adultos (≥18 anos) internados em unidades de internação clínica, cirúrgica ou UTI;
- Que não apresentavam LPP na admissão hospitalar;
- Com registro da Escala de Braden na admissão;
- Com permanência mínima de 48 horas no hospital (internações muito breves podem não permitir avaliação real de risco ou surgimento da lesão).

Critérios de Exclusão:

- Pacientes com LPP pré-existente no momento da admissão;
- Pacientes com internamento inferior a 48 horas;
- Pacientes sem avaliação pela Escala de Braden devidamente registrada;
- Pacientes em cuidados paliativos exclusivos, com registro de plano de conforto;
- Casos em que houve recusa documentada de familiares quanto à adoção de medidas preventivas essenciais.
- Pacientes em cuidados paliativos avançados, nos quais a prevenção ou tratamento da lesão por pressão não constitui mais objetivo terapêutico, conforme registrado em prontuário;

Avaliação de Risco Pela Escala de Braden:

- A Escala de Braden é a mais utilizada no Brasil para medir o risco que o usuário dos serviços de saúde tem de apresentar uma LPP. É constituída de seis variáveis para avaliação em seis subescalas:Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Força de Cisalhamento.
- Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3.
- O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os usuários classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9 pontos), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos).

Observação 02

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

Segue a Escala de Braden em formato resumido:

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

Pontos	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Leve Limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e cisalhamento	Problema	Problema em potencial	nenhum problema	-
Risco Muito Alto			6 a 9 pontos	
Risco Alto			10 a 12 pontos	
Risco Moderado			13 a 14 pontos	
Risco Leve			15 a 18 pontos	
Sem Risco			19 a 23 pontos	

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

Interpretações:

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

Estágio 1 – Eritema não branqueável em pele íntegra. A pele pode estar dolorosa, firme, mole, mais quente ou mais fria que o tecido adjacente.

Estágio 2 – Perda parcial da espessura da pele, envolvendo epiderme e/ou derme. Pode se apresentar como abrasão, bolha (íntegra ou rompida) ou úlcera superficial, sem presença de tecido esfacelado ou necrose.

Estágio 3 – Perda total da espessura da pele, com comprometimento do tecido subcutâneo, podendo haver presença de tecido desvitalizado. Não há exposição de osso, tendão ou músculo.

Estágio 4 – Perda total da espessura tecidual com exposição de osso, tendão ou músculo. Frequentemente apresenta escaras ou esfacelos e pode ocorrer tunelização.

Lesão Tissular Profunda (LTP) – Área localizada de descoloração púrpura ou castanha, pele intacta ou com flictena sanguinolenta, indicando dano em tecidos profundos. Pode evoluir rapidamente para uma úlcera de espessura total.

Lesão por Pressão Não Classificável – Ferida coberta por tecido desvitalizado (esfacelo ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação.

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico – Lesão resultante da pressão exercida por dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos ou terapêuticos (ex: sondas, máscaras, tubos). Apresenta, geralmente, a forma ou o contorno do dispositivo. Deve ser classificada conforme os estágios descritos acima, sempre que possível.

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas – Ocorre em locais com mucosas (boca, narinas, genitália), associada ao uso de dispositivos médicos. Essas lesões não devem ser classificadas em estágios devido à anatomia do tecido.

Condutas Preventivas:

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

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

Observação 03:

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

Referências:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. PROQUALIS, [S. l.], p. 1–20, 9 jul. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Guia rápido de prevenção e tratamento de lesão por pressão. Brasília, DF: SES-DF, [2020].

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

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

Nome	**Densidade de Incidência de Quedas (com ou sem lesão) de Pacientes Internados (por mil).**
Conceituação	Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição.
Importância	O indicador em questão mensura a taxa de incidência de quedas, com ou sem lesões associadas, por 1.000 pacientes internados. A redução desta taxa é indicativa de melhoria na segurança do paciente**.**
Meta	**≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia**
Método de Cálculo	**Numerador / denominador x 1000**
	Densidade de Incidência de Quedas = (Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse / Total de pacientes-dia) × 1.000 **Numerador:** Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse. **Critérios de Inclusão:** • Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas. Quedas assistidas. Quedas repetidas.

Definição	Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda); • Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V); • Todos os pacientes da instituição independente da idade. **Critérios de Exclusão:** • Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe. **Denominador:** Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse. **Critérios de Inclusão:** • Pacientes adultos, sob regime de internação nas unidades qualificadas para análise; • Pacientes internados, de curto prazo, sob observação e para cirurgias no mesmo dia que recebam cuidados em unidades de internação qualificadas durante parte ou todo um dia. Unidades de cuidado crítico, semi-intensivo, médico, cirúrgico, médico-cirúrgico combinado para adultos, unidades de gravidade mista, unidades pediátricas e obstétricas; • Pacientes em uma unidade qualificada para reportar dados são incluídos na contagem de paciente-dia. **Critérios de exclusão:** • Não é aplicável. **Definições:** **Queda:** Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008; Sociedade Hospital Samaritano, 2013). **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico. **Níveis de lesão:** **Nível I** (nenhum): paciente não sofreu lesões. **Nível II** (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. **Nível III** (moderado): resultou em sutura, aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. **Nível IV** (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. **Nível V** (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda. **Notificação da Queda:** • A notificação da queda é de responsabilidade da equipe de enfermagem da unidade onde ocorreu o evento. • O profissional que presenciar ou tomar conhecimento da queda deverá registrar imediatamente: ◦ Em campo específico do prontuário do paciente; ◦ No formulário de notificação de evento adverso padronizado pela unidade; **Validação e Acompanhamento:** • O evento deverá ser validado e analisado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da instituição, com registro do parecer e plano de ação, se aplicável. • A depender da gravidade ou recorrência, o evento também será encaminhado à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para avaliação conjunta, quando implicar em risco assistencial ampliado. **Documentação obrigatória:** • Todo evento de queda deverá conter os seguintes elementos mínimos para ser considerado válido: ◦ Data, hora e local do evento; ◦ Nome completo do paciente e número do prontuário; ◦ Relato sucinto da dinâmica do evento; ◦ Classificação da gravidade (com ou sem lesão) e avaliação do risco prévio; ◦ Conduta adotada após a queda. **Observação 03 :** • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. **Referência da meta:** QUALISS; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Densidade de incidência de queda resultando em lesão em paciente: domínio segurança. Ficha Técnica, [S. l.], p. 1–4. **Referências:** ABREU, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.

	20, 2012. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS – ANAHP. Observatório ANAHP: publicação anual – edição 11, 2019. BOUSHON, B. et al. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2012. Disponível em: . Acesso em: 13 jan. 2019. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): protocolo prevenção de quedas. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz. CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 1, 2012.

3.7. TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA SEGUNDO ASA

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

Definição	**Numerador:** Número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após cirurgia que atenda aos critérios de inclusão, no período. **Denominador:** Número de pacientes submetidos a cirurgias, que atendam aos critérios de inclusão, no período. **Critérios de inclusão:** • Cirurgia em paciente internado em serviço de saúde: procedimentos cirúrgicos realizados dentro do centro cirúrgico, que consistam em pelo menos uma incisão e uma sutura, em regime de internação superior a 24 horas (Anvisa, 2009); • Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004). **Observações:** • Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos na mesma data, utilizando-se o mesmo acesso cirúrgico, devem ser computados uma única vez, considerando-se para efeito de ajuste de risco o procedimento de maior complexidade; • Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos inter-relacionados em datas diferentes do mesmo período (reoperações) também deverão ser computados uma única vez, atribuindo-se o ajuste de risco ao primeiro procedimento**.** **Critérios de exclusão:** • Procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009); • Cirurgias realizadas sob anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida (Klück, 2004)**.** **Observação 01:** • A condição pré-operatória do paciente, independente do tipo de cirurgia, é uma variável que influencia decididamente a mortalidade cirúrgica. Há uma relação direta entre a gravidade da condição clínica, avaliada de acordo com a Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists), e a mortalidade cirúrgica. • Para tornar o indicador comparável entre os diferentes hospitais, de maneira a destacar a contribuição da qualidade da assistência hospitalar e minimizar os fatores relativos à gravidade do caso e à presença de comorbidades, serão realizados ajustes levando em conta as cinco classes ASA dos pacientes (a classe VI não será utilizada), abaixo es**pecificadas:** **Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists):** **Classe I:** Normal. Paciente saudável (a única patologia relevante do paciente é a que necessita correção cirúrgica); **Classe II:** Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica controlada, idade >70 anos, obesidade); **Classe III:** Doença sistêmica grave (ex, obesidade mórbida, doença respiratória sintomática, falência renal, cirrose); **Classe IV**: Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, falência hepatorrenal); **Classe V**: Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver sem a operação; **Classe VI**: Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para doação. *Observações entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010). **Observação 02:** • **O**s dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referência da Meta: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA. ANS, [S. l.], p. 1–4, 1 nov. 2012. **Referências:** ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. Observatório ANAHP. 4. ed. São Paulo: ANAHP, 2012. 148 p. **A**GÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Sítio cirúrgico - critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, mar. 2009. p. 1–19. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf. Acesso em: 12 jul. 2012. CARRARO, M. A.; ZANATTA, G. A.; KLÜCK, M. M. Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada pela classificação ASA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Revista HCPA, v. 31, n. Supl. 1, p. 129, 2011. KLÜCK, M. M. Metodologia para ajuste de indicadores de desfechos hospitalares por risco prévio do paciente. 2004. 128 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

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

Nome	**Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente**

Conceituação	Este indicador mede o cumprimento da obrigatoriedade de envio regular do Relatório de Segurança do Paciente, conforme estabelecido pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS nº 529/2013 e regulamentado pela RDC nº 36/2013 da Anvisa.
Importância	O indicador fortalece a cultura de segurança do paciente ao institucionalizar práticas de vigilância e prevenção de riscos assistenciais. Além disso, garante a transparência na gestão dos eventos adversos, contribuindo para a responsabilização e para a melhoria contínua da qualidade do cuidado. Também subsidia a tomada de decisão por parte de gestores e profissionais, ao permitir análises p**eriódicas de** falhas e não conformidades. Cumpre ainda exigência normativa da Anvisa, sendo fundamental para a manutenção da regularidade sanitária das instituições de saúde. Por fim, funciona como instrumento de monitoramento institucional e contratual, podendo compor o quadro de indicadores dos contratos de gestão e das auditorias do SUS.
Meta	**Envio do relatório de segurança do paciente, dentro do prazo estipulado e com os campos obrigatórios devidamente preenchidos.**
Método de Cálculo	**Não é aplicável.**
Definição	**Observações:** • O Relatório segurança do paciente é essencial para monitorar, analisar e promover a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados prestados aos pacientes pela CONTRATADA. Desempenha, ainda, um papel central na promoção de um ambiente assistencial mais seguro, na proteção do paciente e na garantia de transparência, conformidade e responsabilização institucional; • Esse instrumento deve conter o registro e a análise de eventos adversos, incidentes sem dano e quase falhas, além das ações corretivas e preventivas implementadas pela instituição. A avaliação da conformidade considera tanto o envio no prazo estabelecido, quanto à completude e a consistência das informações apresentadas; • A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos, alinhados às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que devem ser elaborados e implantados nas instituições de saúde. São eles: higiene das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação correta dos pacientes, prevenção de quedas e prevenção de úlceras por pressão. Esses protocolos constituem instrumentos fundamentais para a construção de uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos locais de segurança do paciente, conforme disposto na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Anvisa; • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. **Referência da meta:** BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília – DF, [S. l.], p. 1-42, 1 jan. 2024**.**

INDICADORES RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR

3.9. TAXA DE CANCELAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS POR MOTIVAÇÃO ALHEIA AO PACIENTE

Nome	**Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente**
Conceituação	Mede a proporção de cirurgias eletivas constantes da programação cirúrgica confirmada que foram canceladas por causas sob governabilidade da CONTRATADA, sejam operacionais, administrativas, estruturais ou assistenciais.
Importância	Permite avaliar a capacidade da unidade de assegurar a execução da programação cirúrgica eletiva, a eficiência do centro cirúrgico e o uso dos recursos disponíveis. Evidencia falhas de planejamento, disponibilidade de equipe, materiais, medicamentos, equipamentos, infraestrutura, leitos e organização da agenda, além de subsidiar a avaliação do desempenho assistencial e gerencial da unidade. Revisão da literatura nacional aponta taxas de cancelamento de cirurgias entre 14,14% e 27,4% no Brasil, das quais estima-se que 60% a 80% decorram de causas evitáveis (Machado et al., 2021 apud Fonseca; Pereira, 2022).
Meta	Envio do relatório: O cumprimento é aferido pelo envio completo e tempestivo das informações obrigatórias e pela apresentação de Plano de Ação para as causas atribuíveis à unidade.
Método de Cálculo	Numerador/denominador x 100
	(Nº de cirurgias eletivas canceladas por causas atribuíveis à unidade ÷ Nº total de cirurgias eletivas programadas no período) × 100. **Numerador:** Número de cirurgias eletivas programadas no período e

canceladas por causas atribuíveis à unidade, conforme os critérios abaixo:

Critérios de Inclusão:

- falta de profissional da equipe cirúrgica, anestésica ou de enfermagem;
- falta de material, insumo ou medicamento;
- equipamento inoperante ou indisponível;
- falta de sala, erro de agenda ou agendamento acima da capacidade da sala ou da equipe;
- falta de leito ou de retaguarda, quando não houve reserva prévia;
- falha no preparo pré-operatório (exames não realizados, avaliação pré-anestésica não feita, orientação inadequada sobre jejum ou medicamentos);
- ausência de autorização administrativa interna;
- interdição de área por não conformidade da unidade;
- ausência do paciente, quando a unidade não comprova que confirmou o agendamento;
- desistência ou adiamento, quando a unidade não comprova que comunicou ao paciente a data da cirurgia;
- qualquer cancelamento sem documento que comprove a causa.

Critérios de Exclusão:

- condição clínica do paciente que contraindique a cirurgia, registrada em prontuário e não causada por falha no preparo pré-operatório;
- ausência do paciente, quando a unidade comprova que confirmou o agendamento;
- desistência ou pedido de adiamento do paciente, quando a unidade comprova que comunicou ao paciente a data da cirurgia;
- liberação de sala, equipe ou leito para urgência ou emergência, com registro do caso priorizado;
- falta de leito que estava reservado e foi ocupado por demanda regulada ou urgência, com registro do caso;
- força maior documentada, como interrupção de energia ou água pela concessionária, desabastecimento de mercado comprovado ou calamidade.

Denominador: Número total de cirurgias eletivas programadas no período, constantes do mapa cirúrgico confirmado, independentemente de terem sido realizadas ou canceladas. Cada agendamento conta como um evento.

Critérios de Inclusão:

- Toda cirurgia eletiva que consta do mapa cirúrgico confirmado no mês, realizada ou cancelada. Cada reagendamento conta como novo evento.

Critério de Exclusão:

- Encaixes (cirurgias realizadas fora do mapa confirmado);
- Cirurgias de urgência e emergência; alterações feitas antes da confirmação do mapa.

Definições

Cirurgia eletiva programada: procedimento eletivo que consta do mapa cirúrgico confirmado e divulgado pela unidade até as 18h do dia anterior à data prevista para sua realização.

Cancelamento: não realização, na data programada, de cirurgia constante do mapa cirúrgico confirmado. Alterações anteriores à confirmação do mapa não são cancelamentos para fins deste indicador, mas devem ser registradas no sistema de agendamento.

Reagendamento: a cirurgia cancelada e reprogramada no mesmo mês conta como um novo agendamento no denominador. Se for novamente cancelada, cada cancelamento é contado e classificado individualmente.

Encaixes: cirurgias eletivas realizadas sem constar do mapa cirúrgico confirmado são informadas à parte e não compõem o denominador.

Causas atribuíveis à unidade (compõem o numerador), entre outras:

- ausência de profissional da equipe cirúrgica, anestésica ou de enfermagem necessário ao procedimento;
- indisponibilidade ou insuficiência de materiais, insumos ou medicamentos essenciais;
- indisponibilidade ou inoperância de equipamentos médico-hospitalares;
- indisponibilidade de sala cirúrgica por falha de planejamento ou organização da agenda;
- falha, duplicidade ou erro de programação ou agendamento, inclusive agendamento de cirurgias em quantitativo superior à capacidade operacional da sala ou da equipe;
- indisponibilidade de leito ou estrutura de retaguarda decorrente de falha de planejamento da unidade;

Definição

- interdição de área assistencial por não conformidade sob responsabilidade da CONTRATADA;
- ausência de autorização administrativa interna de responsabilidade da unidade;
- falhas no preparo pré-operatório sob responsabilidade da unidade, como exames pré-operatórios não realizados ou não disponíveis, avaliação pré-anestésica ou de risco cirúrgico não efetuada e orientação inadequada ao paciente (jejum, suspensão de medicamentos), ainda que o cancelamento se manifeste como impedimento clínico no dia;
- outros fatores operacionais, administrativos ou assistenciais sob governabilidade da CONTRATADA.

Regras para situações limítrofes

- **Priorização de urgência e emergência:** o cancelamento de cirurgia eletiva para liberar sala, equipe ou leito a caso de urgência ou emergência é registrado em categoria própria, fora do numerador, desde que haja registro do caso priorizado. Se essa ocorrência se repetir de forma sistemática, a CONTRATANTE poderá reclassificá-la como falha de planejamento da grade cirúrgica.
- **Indisponibilidade de leito de retaguarda:** entra no numerador quando a cirurgia foi programada sem reserva ou confirmação prévia do leito necessário. Fica fora do numerador quando houver reserva confirmada e o leito tiver sido ocupado por demanda regulada ou de urgência, com registro do caso.
- **Ausência do paciente sem confirmação prévia:** quando a unidade não comprovar a confirmação do agendamento, o cancelamento é classificado como atribuível à unidade.
- **Desistência ou adiamento sem comunicação prévia:** há casos em que o paciente desiste ou pede adiamento porque não foi informado da data da cirurgia, ou foi informado com antecedência insuficiente para se organizar. Por isso, a desistência só fica fora do numerador quando a unidade comprova que comunicou ao paciente a data da cirurgia (registro com data, meio e responsável). Sem essa comprovação, o cancelamento é classificado como atribuível à unidade.
- **Divergência de classificação:** a classificação informada pela CONTRATADA está sujeita à validação da CONTRATANTE. Persistindo dúvida sobre a causa, ou na falta de documentação comprobatória, o cancelamento é considerado atribuível à unidade.

Informações obrigatórias para envio mensal A CONTRATADA encaminha mensalmente o quadro abaixo.

Informação	Quantitativo
Total de cirurgias eletivas programadas (mapa cirúrgico confirmado)	
Cirurgias eletivas programadas e realizadas	
Cirurgias eletivas programadas e canceladas	
• Canceladas por causas atribuíveis à unidade (falta de equipe, material, medicamento ou equipamento; erro de agenda; falta de leito; falha no preparo pré-operatório; ausência do paciente sem confirmação prévia; outros)	
• Cancelamentos por condição clínica do paciente	
• Cancelamentos por ausência do paciente com confirmação prévia comprovada	
• Cancelamentos por recusa, desistência ou adiamento solicitado pelo paciente	
• Cancelamentos por priorização de urgência ou emergência	
• Cancelamentos por força maior documentada	
Encaixes realizados (fora do mapa confirmado)	
Taxa de cancelamento por causas atribuíveis à unidade (%)	

Como preencher:

- Realizadas + canceladas deve ser igual ao total programado.
- Cada cirurgia cancelada entra em um único motivo. A soma dos seis motivos deve ser igual ao total de canceladas.
- Os encaixes são informados à parte e não entram no total programado.
- A taxa é calculada assim: canceladas por causas atribuíveis à unidade ÷ total programado × 100.

Exemplo: se o mapa confirmado teve 100 cirurgias no mês, 85 foram realizadas e 15 canceladas, e 7 desses cancelamentos foram por causas atribuíveis à unidade, a taxa do mês é 7 ÷ 100 × 100 = 7%.

O quadro é acompanhado da relação nominal dos cancelamentos, informando para cada um: data, procedimento, motivo (um dos seis acima), causa específica e documento comprobatório.

Relação nominal dos cancelamentos

Junto com o quadro, a CONTRATADA encaminha a relação de todas as cirurgias canceladas no mês, com as seguintes informações conforme quadro exemplificado abaixo:

Informação	Exemplo
Data programada da cirurgia	12/03/2027
Número do prontuário do paciente	123456
Especialidade cirúrgica	Ortopedia
Procedimento cirúrgico (nome e código SIGTAP)	Artroplastia total de joelho (com o respectivo código SIGTAP)
Motivo do cancelamento (uma das seis linhas do quadro)	Causas atribuíveis à unidade
Causa específica	Falta de prótese
Documento comprobatório	Registro de falta no almoxarifado
Nova data, se a cirurgia foi reagendada	26/03/2027

Nota: O paciente é identificado apenas pelo número do prontuário, sem nome, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Plano de Ação

Para cada causa que tenha gerado cancelamentos atribuíveis à unidade no mês, a CONTRATADA apresenta um Plano de Ação junto ao relatório mensal. O plano é por causa, não por cancelamento, e não dispensa a justificativa individual de cada caso na relação nominal.

O Plano de Ação contém, no mínimo:

- causa e sua classificação: recursos humanos, materiais/insumos, medicamentos, equipamentos, infraestrutura, programação/agendamento, leito/retaguarda, preparo pré-operatório, administrativo ou outra;
- quantidade de cancelamentos associados e procedimentos afetados no mês;
- análise da causa do problema;
- medida corretiva proposta ou adotada;
- medida preventiva para evitar recorrência;
- responsável e prazo de implementação;
- situação da ação (não iniciada, em andamento ou concluída) e evidência, quando aplicável.

Reincidência: uma causa é considerada reincidente quando gera cancelamentos em dois meses seguidos, ou em três meses quaisquer dentro do mesmo semestre. Nesses casos, além do Plano de Ação do mês, a CONTRATADA explica por que as medidas anteriores não resolveram o problema e informa as novas medidas que adotará.

Sugestões de medidas preventivas: avaliação pré-operatória antecipada; confirmação ativa do comparecimento do paciente; reuniões periódicas de revisão do mapa cirúrgico (“bate-mapa”) entre centro cirúrgico, Central de Material e Esterilização e equipes cirúrgicas.

Observações

A CONTRATADA encaminha os dados do período de referência até o 20º dia do mês subsequente, com registro no Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS) até o 25º dia, ou em outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE.

Os quantitativos devem ser conciliáveis com os registros oficiais da unidade. As ações corretivas são acompanhadas nos meses subsequentes, para verificar sua implementação e eventual reincidência da causa.

Referências:

SANTOS, G. A. A. C.; BOCCHI, S. C. M. Cancelamento de cirurgias eletivas em

hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2736–2742, 2018.

FONSECA, E. E. C.; PEREIRA, S. C. C. Cancelamento de cirurgias: taxas e fatores. **Europub Journal of Health Research**, v. 3, n. 4, ed. especial, p. 979–991, 2022. DOI: 10.54747/ejhrv3n4-ed.esp.027.

Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital escola: causas e estatísticas. **Enfermería Global**, n. 59, jul. 2020.

Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**.

INDICADOR RELACIONADO À VIGILÂNCIA DO ÓBITO

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

Nome	**Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais (>=24h).**
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos institucionais que ocorreram após, no mínimo, 24 horas da admissão hospitalar e que foram devidamente revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, em um determinado mês, e o total de óbitos institucionais com 24 horas ou mais de internação ocorridos no mesmo período. Esse indicador permite avaliar o grau de cumprimento da rotina institucional de análise sistemática de óbitos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da segurança da assistência prestada.
Importância	O aludido indicador busca certificar que os óbitos foram revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, apresentando maior qualidade ao processo ao qual o paciente foi submetido. Trata-se de um indicador essencial para avaliar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde prestados dentro da instituição. Essa taxa refere-se à revisão e análise de óbitos que ocorrem após 24 horas de internação, ou seja, aqueles que não são mortes imediatas, mas que ocorreram dentro do hospital após um período de observação e cuidado.
Meta	**Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais.**
Método de Cálculo	**Numerador/ denominador x 100**
Definição	**Numerador:** Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais) revisados, no mês. **Denominador:** Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais), em um mês. **Critérios de Inclusão:** • Apenas óbitos ocorridos dentro da instituição. **Critérios de Exclusão:** • Óbitos com menos de 24h de internação; • Pacientes transferidos com evolução final em outra instituição**.** **Público-alvo:** Pacientes internados em hospitais. **Observações:** • O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente no hospital, incluindo, portanto, o tempo permanecido na unidade de urgência e emergência. • A apresentação mensal de resultados deve incluir relatório total dos óbitos, detalhando quantos e quais destes foram revisados pela comissão de prontuário e análises de óbitos. • A revisão de óbito é o processo rotineiro e sistemático de avaliação dos óbitos ocorridos em uma unidade de saúde, com o objetivo de verificar se as informações estão completas, se os protocolos assistenciais foram seguidos e se há necessidade de alguma ação corretiva ou de melhoria. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. **Referência da Meta:** BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. E-EFT-02. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1–7.

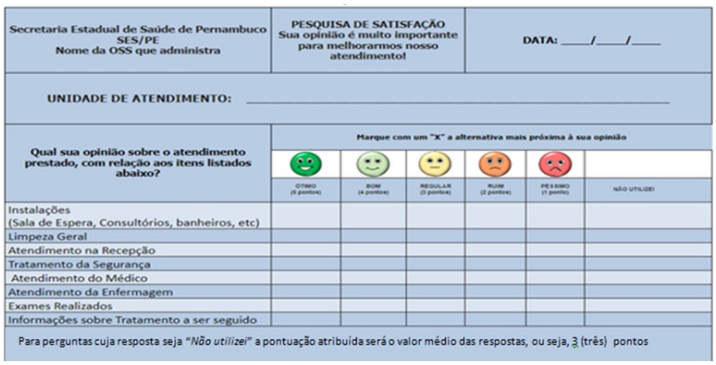
INDICADOR RELACIONADO À ATENÇÃO AO USUÁRIO

3.15. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Nome	**Satisfação do Usuário.**

Conceituação	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares com melhora clínica, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
Importância	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
Meta	**Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%**
Método de Cálculo	**Numerador / denominador x 100**
Definição	**Índice de Satisfação (90%):** **a) Numerador:** Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período. **b) Denominador:** Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período. **Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):** **a) Numerador:** Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico e consultas ambulatoriais. **b) Denominador:** Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica + número de consultas ambulatoriais realizadas no mesmo período. **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**.** • 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. **Interpretações:** **Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):** A amostragem mínima a ser contemplada pela pesquisa corresponderá a, no mínimo, 10% do total de atendimentos ambulatoriais e altas hospitalar após melhora do quadro realizados no período - conforme cálculo denominado como “Índice de realização de pesquisas relacionadas ao atendimento”, abrangendo tanto os usuários que receberam atendimento quanto seus acompanhantes. A coleta de dados deverá ser, preferencialmente, anônima, a fim de garantir a liberdade e espontaneidade das respostas. O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10% dos atendimentos ambulatoriais e altas melhoradas) resultará na atribuição de pontuação zero ao indicador no Índice Global de Qualidade. **Índice de Satisfação (90%):** Para que a meta seja atingida, o indicador deverá ser igual ou superior a 90,0% no mês. A condição necessária para que o resultado da pesquisa seja considerado positivo é que o somatório dos itens que serão avaliados seja de no mínimo 24 pontos, pontuação essa estabelecida de acordo com o modelo de pesquisa apresentado abaixo: Adicionalmente, o não envio das informações, a aplicação da pesquisa em formato distinto do previamente estabelecido, sem autorização formal da CONTRATANTE ou o não atingimento dos percentuais estabelecidos para o índice de Satisfação (90%) e para o Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%), impossibilitará a análise do indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como descumprimento da meta estabelecida.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco SES/PE Nome da OSS que administra	PESQUISA DE SATISFAÇÃO Sua opinião é muito importante para melhorarmos nosso atendimento!	DATA: ____/____/____

UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____

Qual sua opinião sobre o atendimento prestado, com relação aos itens listados abaixo?	Marque com um "X" a alternativa mais próxima à sua opinião					
	ÓTIMO (5 pontos)	BOM (4 pontos)	REGULAR (3 pontos)	RUIM (2 pontos)	PÉSSIMO (1 ponto)	NÃO UTILIZEI
Instalações (Sala de Espera, Consultórios, banheiros, etc)						
Limpeza Geral						
Atendimento na Recepção						
Tratamento da Segurança						
Atendimento do Médico						
Atendimento da Enfermagem						
Exames Realizados						
Informações sobre Tratamento a ser seguido						

Para perguntas cuja resposta seja *"Não utilizei"* a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos

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

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.

3.16. 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 critério**s para aceitação das respostas às queixas registradas:**

- **Pertinência da Resposta:**

A resposta deve abordar de forma direta e clara o conteúdo da queixa registrada.Deve demonstrar entendimento correto da demanda apresentada pelo autor da queixa.

- **Adequação da Solução Apresentada**

A providência adotada pela CONTRATADA deve ser compatível com a natureza, gravidade e impacto da queixa.Em situações cuja solução não seja imediata ou definitiva, deve ser justificado o encaminhamento para ações futuras ou medidas corretivas em andamento.

- **Cumprimento dos Prazos**

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

- **Clareza e Linguagem Adequada**

A resposta deve ser redigida de forma compreensível, respeitosa e acessível ao perfil do autor da queixa.Evitar termos técnicos sem a devida explicação e assegurar tom cordial e acolhedor.

- **Provas Documentais (se aplicável)**

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

- **Adoção de Medidas Preventivas (para casos recorrentes ou graves)**

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

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 encaminhas 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.

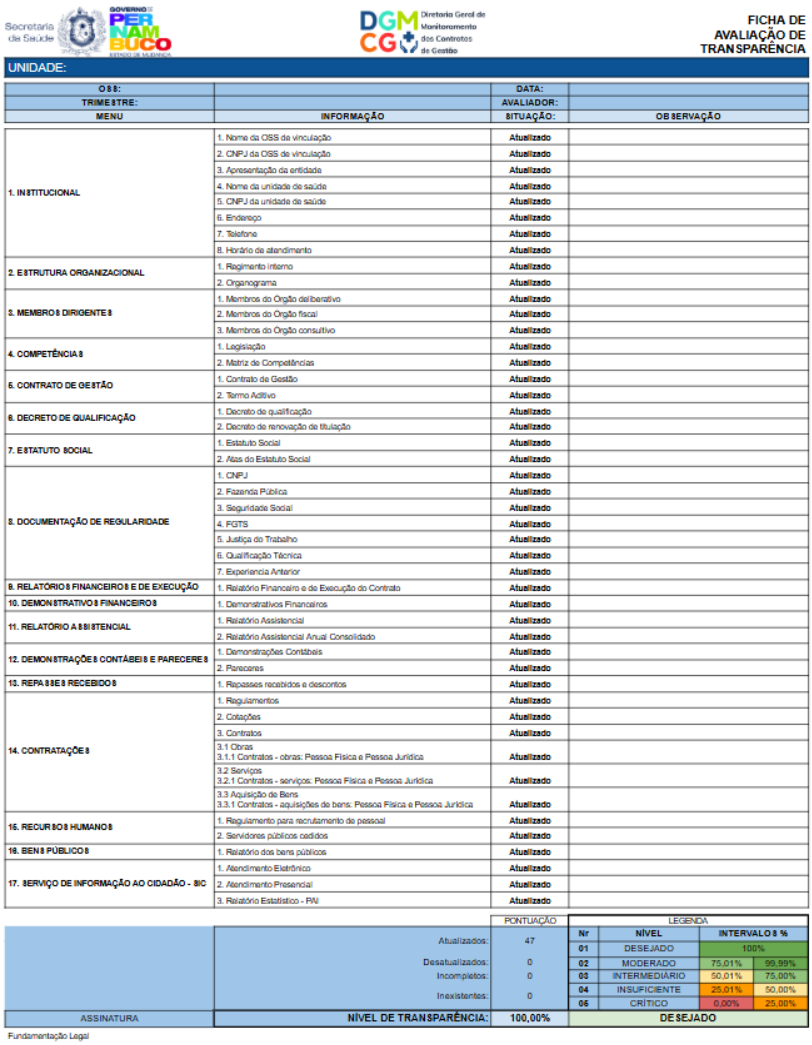
BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Programa de Qualificação de Operadoras: fichas técnicas dos indicadores. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-atualizadas-0708-pdf.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

3.17. QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA

Nome	**Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.**
Conceituação	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
Importância	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
Método de Cálculo	**Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.**
	Observação 01: • A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir as informações no Portal de Transparência e encaminhar relatório contendo tais inserções, subsequente à prestação do serviço. • A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, com base na normativa pertinente à matéria. As informações citadas devem ser inseridas em seu portal da transparência, com a periodicidade instituída em lei. Insta destacar que embora a postagem das informações de transparência em sítio eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral. **Observação 02:** • A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES. **Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência**

Definição	

Secretaria da Saúde — GOVERNO DE PERNAMBUCO — DGMCG Diretoria Geral de Monitoramento dos Contratos de Gestão

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA

UNIDADE:

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

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

LEGENDA

Nr	NÍVEL	INTERVALOS %	
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%

DESEJADO

Fundamentação Legal

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

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.].

INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE

3.18. TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome	**Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.**
Conceituação	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
Importância	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela CONTRATADA está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade estão em conformidade com o proposto no contrato.
Meta	**Alcançar de 90,0% a 100% das ações de educação permanente programadas para o período.**

Método de Cálculo	**Numerador/denominador x 100**
Definição	**a) Numerador:** Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente. **b) Denominador:** Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente**.** **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, E. E.** Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. **FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.** Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecnoassistencial. In: **MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B** . O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55–124. **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS – SES-AM.** Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027.

Documento assinado eletronicamente por **Samuel Ramos Gomes**, em 16/10/2026, às 08:15, 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 16/10/2026, às 12:51, 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 **95255853** e o código CRC **DC8B025C**.

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