



**8º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 026/2022, COM OBJETIVO DE PRORROGAR A VIGÊNCIA, IMPLEMENTAR A RE Pactuação DAS METAS E EFETUAR A CONSEQUENTE REVISÃO DOS VALORES FINANCEIROS, QUE ENTRE SI ESTABELECEM, O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE), E O CONTRATADO HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO, QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA, NAS CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.**

O **ESTADO DE PERNAMBUCO**, por meio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, com sede à Rua Dona Maria Augusta Nogueira, nº 519, Bongü, Recife/PE, CEP 50.751-530, neste ato representada por sua Secretária, **Dra. ZILDA DO REGO CAVALCANTI**, nomeada pelo Ato nº 024, publicado no Diário Oficial do Estado em 02/01/2023, residente e domiciliada nesta cidade do Recife, doravante denominada **CONTRATANTE**, e o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**, inscrito no CNPJ/MF nº 10.583.920/0004-86, com endereço na Av. Henrique de Holanda, nº 87, Matriz, Vitória de Santo Antão/PE, CEP: 55.602-000, neste ato representado por **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, doravante denominada **CONTRATADO**; 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 182/2025 (id. 67430775) da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI, o Parecer de Prorrogação nº 007/2025 (id. 68802894) da Comissão Mista de Avaliação, Despacho nº 822 (id. 68807335) da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão e os demais documentos constantes do Processo nº 2300000302.000126/2025-14.

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. Constitui objeto do presente Termo Aditivo:

a) a **prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 026/2022** por mais **02 (dois) anos**, correspondente ao período de **22/06/2025 a 21/06/2027**, cujo objeto é o gerenciamento, a operacionalização e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** no **Hospital João Murilo de Oliveira**, conforme Parecer de Prorrogação nº 007/2025 (id. 68802894), que demonstra a vantajosidade da medida e o atendimento das metas pactuadas, conforme parecer elaborado pela Comissão Mista de Avaliação, devidamente aprovado pela autoridade competente;

b) a **re pactuação das metas, nos termos dos anexos técnicos nº I, II e III deste contrato, conforme Nota Técnica nº 003/2025 (ID. nº 61098030)**, exarada pela Superintendência - Organização Social de Saúde, Nota Técnica nº 49/2025 da Superintendência - Organização Social de Saúde (id. 66864373) e Nota Técnica nº 25/2025 da Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão (id. 68708588).

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR**

2.1. Em razão deste Termo Aditivo, a **CONTRATANTE** continuará pagando à **CONTRATADA** o **valor mensal de R\$ 4.543.515,87 (quatro milhões, quinhentos e quarenta e três mil quinhentos e quinze reais e oitenta e sete centavos)**, e **R\$ 399.241,98 (trezentos e noventa e nove mil duzentos e quarenta e um reais e noventa e oito centavos)** referente ao 5º Termo Aditivo (id. 68807095), cujo objeto é a ampliação de 10 (dez) leitos de enfermagem pediátrica para suporte do período sazonal das Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS), e acréscimo no número de atendimentos de Pediatria no Hospital João Murilo de Oliveira - HJMO, cuja vigência é até o dia 10/09/2025, conforme Despacho nº 499 da Gerência Administrativa Orçamentária dos Contratos de Gestão (id. 68809425).

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DA NOTA DE EMPENHO**

3.1. Os recursos necessários ao atendimento das despesas decorrentes deste instrumento correrão à conta da seguinte dotação orçamentária e nota de empenho (id. 66846046 e 66846130):

**Fonte:** 0500000000

**Código U.O.:** 00208

**Programa de Trabalho:** 10.302.0528.4610.1013

**Elemento:** 3.3.50.85

**Nota de Empenho:** 2025NE008914 de 01/04/2025

**Valor da Nota de Empenho:** R\$ 6.691.258,70

**Fonte:** 0600000000

**Código U.O.:** 00208

**Programa de Trabalho:** 10.302.0528.4610.1013

**Elemento:** 3.3.50.85

**Nota de Empenho:** 2025NE008915 de 01/04/2025

**Valor da Nota de Empenho:** R\$ 3.450.000,01

3.2. As referidas Notas de Empenho garantem o pagamento da quantia de **R\$ 10.141.258,71 (dez milhões, cento e quarenta e um mil duzentos e cinquenta e oito reais e setenta e um centavos)**, devendo o valor restante ser complementado através de nota de empenho a ser emitida pelo setor competente, e, posteriormente, ser registrada por simples apostilamento, dispensando a celebração de aditamento, sob pena de rescisão antecipada do contrato.

3.3. Nos exercícios seguintes, as despesas correrão à conta dos recursos próprios para atender às despesas da mesma natureza, cuja alocação será feita mediante apostilamento no início de cada exercício financeiro, sob pena de rescisão antecipada do contrato.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO**

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

#### **CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO**

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

#### **CLÁUSULA SEXTA – DO FORO**

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

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

Recife, data da assinatura digital.

**ZILDA DO REGO CAVALCANTI**  
**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**  
**CONTRATANTE**

**GIL MENDONÇA BRASILEIRO**  
**HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**

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

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

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

**1. INTRODUÇÃO**

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

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

**2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

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

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, equipe de enfermagem e outros profissionais de nível médio e superior não médicos;
- Realização de procedimentos sob narcose;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS);
- Acompanhante para as crianças e adolescentes (Lei nº 8.069/90), idosos (Lei nº 10.741/ 2003), pessoas com deficiência (Lei nº 13.146/2015), gestantes no pré-parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005), e mulheres (Lei nº 14.737/2023);
- 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 JOÃO MURILO OLIVEIRA - HJMO**.

**2.1. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO**

Se ao longo da vigência deste Contrato, de comum acordo entre as partes, a **CONTRATADA**, ou a **CONTRATANTE**, se propuser a realizar outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, e/ou substituição de alguma(s), ampliação de serviços, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo

de patologia, ou da mudança do perfil epidemiológico da região essas atividades deverão ser previamente estudadas e pactuadas entre as partes.

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

### 3. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

O **HOSPITAL JOÃO MURILO OLIVEIRA - HJMO** deverá apresentar um volume de atividade anual, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos nas seguintes áreas:

#### 3.1. SAÍDAS HOSPITALARES

**TABELA 01:** Análise Projetada de Saídas Hospitalares por Mês

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	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000

#### 3.2. CONSULTAS AMBULATORIAIS MÉDICAS

**TABELA 02:** Análise Mensal dos Atendimentos no Ambulatório Médico

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – AMBULATÓRIO MÉDICO														
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL	
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS		
Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	9.000

#### 3.3. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA														
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Mês de Referência												TOTAL	
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS		
Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	132.000

#### 3.4. CIRURGIAS REALIZADAS

**TABELA 04:** Análise Mensal das Cirurgias Realizadas

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – CIRURGIAS REALIZADAS														
CIRURGIAS	Mês de Referência												TOTAL	
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS		
Número de cirurgias realizadas	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	1.320

**Obs 01:** 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.

**3.5. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)****TABELA 05:** Estimativa Mensal de Produção – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL –SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)													
PROCEDIMENTOS	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Análises Clínicas	100% da necessidade do paciente												
Radiologia Convencional e Contrastada (Dopplerfluxometria)	100% da necessidade do paciente												
Ultrassonografia convencional e com doppler	100% da necessidade do paciente												
Endoscopia Digestiva Alta, colonoscopia e broncoscopia	100% da necessidade do paciente												
Histeroscopia	100% da necessidade do paciente												
Eletrocardiografia	100% da necessidade do paciente												
Ecocardiograma com Doppler	100% da necessidade do paciente												
Tococardiografia	100% da necessidade do paciente												
Videolaparoscopia	100% da necessidade do paciente												
Tomografia Computadorizada	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
Ressonância Magnética com e/ou sem contraste/com e/ou sem sedação	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240

**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 JOÃO MURILO OLIVEIRA - HJMO** deverá atingir **mensalmente** as metas definidas para os seguintes indicadores:

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

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

**Qualitativos da assistência à saúde:** Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta; Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto; Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto e neonatal; Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto e neonatal; Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea; Incidência de pacientes com Lesão Por Pressão (LPP) adquirida no hospital; Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (por mil); Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA; Acolhimento com Classificação de Risco; Envio do relatório de Segurança do Paciente. **Assistência Perinatal Hospitalar:** Taxa de mulheres com acompanhante durante *todo* o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato); Taxa de Cobertura da Testagem para Sífilis (teste rápido) na Admissão de Gestantes na Maternidade; Taxa de Cobertura da Testagem Rápida para HIV na Admissão de Gestantes na Maternidade; Percentual de Gestantes com Sífilis Diagnosticada no Parto que Iniciaram Tratamento, Junto com o Recém-Nascido, durante a Internação Hospitalar; Número de episiotomias realizadas com registro de justificativa clínica documentada; Proporção de RN

Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B; Proporção de RN vacinados com a vacina BCG. **Eficiência da Gestão Hospitalar:** Número de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente; Índice de intervalo de substituição de leitos. **Vigilância do Óbito:** Taxa de revisão dos óbitos institucionais ( $\geq 24$ h); Proporção de Óbitos Maternos Investigados; Proporção de Óbitos Fetais Analisados. **Atenção ao Usuário:** Satisfação do Usuário; Índice de Aceitação das Respostas às Queixas Registradas. **Transparência:** Qualidade da Publicação das Informações de Transparência. **Educação Permanente:** Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.

#### 4.1. META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS)

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

**Quadro 01** - Produção Assistencial – Dados Quantitativos:

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META
Produção	Número de saídas hospitalares	500
	Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	750
	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	11.000
	Número de cirurgias realizadas	110

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

## ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE

TIPO	INDICADOR	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO	
Qualidade da assistência à saúde	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4	53	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	≤ 1,66	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS		4
		> 1,66 e ≤ 4,7	Pontuação: 2			
		> 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: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS		4
		> 3,63 e ≤ 7,1	Pontuação: 2			
		> 7,1	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal	≤ 5,4	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS		4
		> 5,4 e ≤ 10,6	Pontuação: 2			
		> 10,6	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto	≤ 7,76	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS		4
		> 7,76 e ≤ 13,8	Pontuação: 2			
		> 13,8	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal	≤ 5,7	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS		4
		> 5,7 e ≤ 11,4	Pontuação: 2			
		> 11,4	Pontuação: 0			
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	≤ 0,46%	Pontuação: 4	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE		4
> 0,46% e ≤ 1,7%		Pontuação: 2				
> 1,7%		Pontuação: 0				
Incidência de pacientes com lesão por pressão (úlceras por pressão) adquirida no hospital por 1000 paciente-dia	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4		
Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 paciente-dia	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4		
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1	até 0,1%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4		
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2	até 5,4%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4		
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3	até 17,8%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2		
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4	até 65,4%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	1		
Acolhimento com Classificação de Risco	Enviar o relatório da classificação de risco		Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3		
Envio do relatório de Segurança do Paciente	Envio do Relatório de Segurança do paciente		Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3		
Assistência Perinatal Hospitalar	Taxa de mulheres com acompanhante durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)	Obter 100% das gestantes com acompanhantes	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	21	

	Taxa de Cobertura da Testagem para Sífilis (teste rápido) na Admissão de Gestantes na Maternidade	Atingir 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
	Taxa de Cobertura da Testagem Rápida para HIV na Admissão de Gestantes na Maternidade	Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
	Percentual de Gestantes com Sífilis Diagnosticada no Parto que Iniciaram Tratamento Junto com o Recém-Nascido durante a Internação Hospitalar	Alcançar 100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento iniciado durante o internamento hospitalar	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
	Número de episiotomias realizadas com registro de justificativa clínica documentada	Envio da informação	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	
	Proporção de RN Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B	Atingir 100% dos RN vacinados nas primeiras 12 horas de vida	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
	Proporção de RN vacinados com a vacina BCG	Atingir 100% dos RN vacinados	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
<b>Eficiência da Gestão Hospitalar</b>	Número de Cancelamento de Cirurgias Eletivas Por Motivação Alheia ao Paciente	Envio da Informação	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2	4
	Índice de intervalo de substituição de Leitos	≤1,64 dias	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2	
<b>Vigilância do Óbito</b>	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h)	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	9
		Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais		2	
		Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais		0	
	Proporção de Óbitos Maternos Investigados	Investigar 100% dos óbitos maternos	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	
		Investigar menos que 100% dos óbitos maternos		0	
	Proporção de Óbitos Fetais Analisados	Analisar 100% dos óbitos fetais	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	
Analisar menos que 100% dos óbitos fetais		0			
<b>Atenção ao Usuário</b>	Satisfação do Usuário	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	6
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%		2	
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%		1	
		Aferir satisfação do usuário menor que 70%		0	
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
<b>Transparência</b>	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência	Atingir o grau desejável de qualidade da publicação das informações de transparência	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE	4	4
		Atingir o grau moderado de qualidade da publicação das informações de transparência		3	
		Atingir o grau insuficiente de qualidade da publicação das informações de transparência		2	
		Atingir o grau crítico de qualidade da publicação das informações de transparência		1	
		Atingir o grau inexistente de qualidade da publicação das informações de transparência		0	

Educação Permanente	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente	100,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	3
		90,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		3	
		80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		2	
		70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		1	
		< 70,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.		0	
<b>TOTAL</b>				100	100

**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 outros profissionais de nível superior não médicos	Envio da Informação
	Número de procedimentos de SADT por tipo	Envio da Informação
	Número de partos realizados: vaginais e cesáreos	Envio da Informação

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

**5. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE**

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

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

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

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

**5.3.** Relatório de Custos;

**5.4.** Censo de origem dos pacientes atendidos;

**5.5.** Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;

**5.6.** Outras, a serem definidas pela **CONTRATANTE**.

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

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

**ANEXO TÉCNICO II DO CONTRATO****SISTEMA DE PAGAMENTO**

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

## 1. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REPASSADOS:

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

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

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

1.1.2. O montante anual do orçamento econômico-financeiro do **HOSPITAL JOÃO MURILO OLIVEIRA - HJMO** para o exercício de 2025/2026 destinado ao custeio com as Despesas Operacionais e Administração Central do Contrato de Gestão é de **R\$ 54.522.190,44 (cinquenta e quatro milhões, quinhentos e vinte e dois mil, cento e noventa reais e quarenta e quatro centavos)**, sendo mensal de **R\$ 4.543.515,87 (quatro milhões, quinhentos e quarenta e três mil, quinhentos e quinze reais e oitenta e sete centavos)**, incluindo os recursos com administração central.

1.2. O montante anual do orçamento econômico-financeiro das Despesas Operacionais do **HOSPITAL JOÃO MURILO OLIVEIRA - HJMO** para o exercício de 2025/2026 é de **R\$ 52.934.862,96 (cinquenta e dois milhões, novecentos e trinta e quatro mil, oitocentos e sessenta e dois reais e noventa e seis centavos)**, sendo mensal de **R\$ 4.411.238,58 (quatro milhões, quatrocentos e onze mil, duzentos e trinta e oito reais e cinquenta e oito centavos)**, e corresponde a sua modalidade de atividade assistencial.

Os recurso correspondente à Administração Central no valor mensal de **R\$ 132.277,29 (cento e trinta e dois mil, duzentos e setenta e sete reais e vinte e nove 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 1.1.2 acima, ou seja, **R\$ 37.054.404,07 (trinta e sete milhões, cinquenta e quatro mil, quatrocentos e quatro reais e sete centavos)** será repassado em 12 (doze) parcelas mensais no valor de **R\$ 3.087.867,01 (três milhões, oitenta e sete mil, oitocentos e sessenta e sete reais e um centavo)**.

1.4.2. **20% (vinte por cento)** do valor mencionado no item 1.1.2 acima, ou seja, **R\$ 10.586.972,59 (dez milhões, quinhentos e oitenta e seis mil, novecentos e setenta e dois reais e cinquenta e nove centavos)** serão repassados em 12 (doze) parcelas mensais, de até **R\$ 882.247,72 (oitocentos e oitenta e dois mil, duzentos e quarenta e sete reais e setenta e dois 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 1.1.2 acima, ou seja, **R\$ 5.293.486,30 (cinco milhões, duzentos e noventa e três mil, quatrocentos e oitenta e seis reais e trinta centavos)** será repassado em 12 (doze) parcelas mensais de até **R\$ 441.123,86 (quatrocentos e quarenta e um mil, cento e vinte e três reais e oitenta e seis centavos)**, junto a parcela fixa, sendo esse valor vinculado à avaliação dos indicadores qualitativos e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

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

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

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

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

**1.9.** As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistemas de Informações Hospitalares (SIH), 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/PE.

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

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

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

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

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

**1.16.** Além das atividades de rotina, o **HOSPITAL JOÃO MURILO OLIVEIRA - HJMO** 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 01:** Proporção dos indicadores e despesas especificadas:

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR
<b>Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial</b>	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
	Ausência de especialidade ofertada	Dedução de 0,25% do valor global do contrato para cada especialidade prevista e não ofertada
<b>Número de saídas hospitalares</b>	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
<b>Número de atendimentos de urgência e emergência realizado por profissional médico e de enfermagem</b>	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
<b>Número de cirurgias de realizadas</b>	Acima do volume contratado	7,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	7,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	6,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	4,0 % do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0 % do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

**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

Adicionalmente, considerando o caráter de transição e a necessidade de adaptação das equipes gestoras e assistenciais aos novos parâmetros estabelecidos, fica definido que, durante o primeiro trimestre de vigência da nova sistemática de pagamento, não serão aplicados descontos sobre o valor referente aos indicadores qualitativos, independentemente da pontuação obtida no Índice Global de Qualidade. Esse período de adaptação visa assegurar a assimilação adequada dos novos critérios de avaliação, possibilitando ajustes operacionais e aprimoramento dos processos institucionais antes do início da aplicação plena da sistemática revisada.

### **ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO**

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

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

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

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

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

## MANUAL DE INDICADORES – PARTE VARIÁVEL

### CONTRATO DE GESTÃO DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO

#### 1. INTRODUÇÃO

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

#### 2. METAS E INDICADORES

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

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

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Produção	Número de consultas médicas realizadas	Total de consultas médicas ambulatoriais	Realizar <b>750</b> consultas médicas em regime ambulatorial	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de saídas hospitalares	Total de saídas hospitalares	Atingir o quantitativo de <b>500 saídas hospitalares</b> por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	Total de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros no serviço de urgência e emergência	Realizar <b>11.000 atendimentos de urgência/emergência</b> por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de cirurgias realizadas	Total mensal de cirurgias realizadas	Realizar <b>110 cirurgias mensais</b> , informando a produção por especialidade médica responsável pelos procedimentos.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

##### 2.1.1. NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS EM REGIME AMBULATORIAL

O indicador em questão refletirá a quantidade de consultas médicas ambulatoriais realizadas por especialidade médica na unidade, mês a mês, em conformidade com a quantidade especificada no contrato celebrado. Devem ser ofertadas, minimamente, consultas com as especialidades médicas, nos seus respectivos quantitativos. Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até **3,0%** do valor global do contrato. As informações de produção serão informadas mensalmente, até o **20º dia** do mês subsequente à produção, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC deliberada pela CONTRATANTE. A meta para este indicador é realizar **750** consultas médicas mensais.

Abaixo segue tabela contendo os percentuais a serem aplicados ao indicador em questão para fins de pagamento a serem realizados:

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	2,0%do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
	Ausência de especialidade ofertada	Dedução de 0,25% do valor global do contrato para cada especialidade prevista e não ofertada

### 2.1.2. NÚMERO DE SAÍDAS HOSPITALARES

O indicador de saídas hospitalares vai identificar a quantidade de saídas hospitalares – aquelas que geram AIH's – ocorridas na unidade, mês a mês, em conformidade com a quantidade especificada no contrato celebrado. Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até **5,0%** do valor global do contrato. As informações de produção serão informadas mensalmente, até o **20º dia** do mês subsequente à produção, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC deliberada pela CONTRATANTE. A meta para este indicador é realizar **500** saídas hospitalares por mês.

Abaixo segue tabela contendo os percentuais a serem aplicados ao indicador em questão para fins de pagamento a serem realizados:

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
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

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

O indicador atendimentos de urgência e emergência vai demonstrar a quantidade de atendimentos de urgência e emergência realizados pela unidade mês a mês. Para efeitos de monitoramento, entende-se por atendimentos de urgência/emergência aqueles realizados por profissional médico e por enfermeiro no serviço de urgência/emergência da unidade. Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até **5,0%** do valor global do contrato.

As informações de produção serão informadas mensalmente, até o **20º dia** do mês subsequente à produção, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC deliberada pela CONTRATANTE. A meta para este indicador é realizar **11.000** atendimentos de urgência emergência por mês.

Abaixo segue tabela contendo os percentuais a serem aplicados ao indicador em questão para fins de pagamento a serem realizados:

De 85,0% até 100% do volume contratado

De 70,0% até 84,99% do volume contratado

De 55,0% até 69,99% do volume contratado

De 30,0% até 54,99% do volume contratado

Menor que 30,0% do volume contratado

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
<b>Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem</b>	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

#### 2.1.4. NÚMERO DE CIRURGIAS ELETIVAS E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REALIZADAS

O indicador em questão tem por intento aferir o quantitativo de cirurgias eletivas e de urgência e emergência realizadas mensalmente, segundo especialidade, sendo consideradas as cirurgias classificadas como procedimento principal e procedimento secundário da tabela de procedimentos do SUS.

Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até **7,0%** do valor global do contrato. As informações de produção serão informadas mensalmente, até o **20º dia** do mês subsequente à produção, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC deliberada pela CONTRATANTE.

A meta para este indicador é realizar **110** cirurgias eletivas e de urgência e emergência realizadas por mês.

Abaixo segue tabela contendo os percentuais a serem aplicados ao indicador em questão para fins de pagamento a serem realizados:

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
<b>Número de cirurgias realizadas</b>	Acima do volume contratado	7,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	7,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	6,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	4,0 % do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0 % do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

#### 2.2 INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

Seguem abaixo os indicadores de Produção **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 partos realizados: vaginais e cesáreos	Total de partos realizados: vaginais e cesáreos	Apresentar o quantitativo de partos realizados: vaginais e cesáreos	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

##### 2.2.1. NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Este é um indicador não financeiro, aferido mensalmente, que tem como objetivo apresentar as informações referentes à produção do quantitativo de atendimentos por categoria profissional.

Os dados deverão ser informados até o **20º dia** do mês subsequente ao da produção, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE.

### **2.2.2. NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE SADT POR TIPO**

Trata-se de indicador não valorado, que tem como meta a apresentação de informações da oferta, agendamento e produção de procedimentos dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, devendo a oferta mínima ser compatível com a execução em número e qualidade suficiente e necessária ao diagnóstico do paciente assistido, com vistas aos princípios da eficiência da administração e equidade do SUS.

As informações deverão ser prestadas por meio do SIMAS, com transmissão dos dados inerentes ao SADT até o **20º dia** do mês subsequente à execução da atividade.

### **2.2.3. NÚMERO DE PARTOS REALIZADOS (VAGINAL E CESÁREO)**

O indicador corresponde à quantidade total de partos realizados, discriminados entre partos vaginais e cesarianas, sendo um indicador de produção sem valoração financeira. A meta é apresentar os dados referentes à realização desses procedimentos, garantindo que a oferta esteja alinhada às necessidades assistenciais, com ênfase na qualidade e na segurança do cuidado prestado às gestantes.

As informações deverão ser prestadas por meio do SIMAS, com transmissão dos dados inerentes ao SADT até o **20º dia** do mês subsequente à execução da atividade.

## **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, assistência perinatal, eficiência da gestão, vigilância do óbito, 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:

## ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE

TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Qualidade da assistência à saúde	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	Avaliar a qualidade da assistência e efetividade da CCIH.	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4	53
	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.	≤ 1,66	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	
			> 1,66 e ≤ 4,7	Pontuação: 2			
			> 4,7	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	≤ 3,63	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	
			> 3,63 e ≤ 7,1	Pontuação: 2			
			> 7,1	Pontuação: 0			
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal	Avaliar a frequência de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos internados em UTI neonatal	≤ 5,4	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	
			> 5,4 e ≤ 10,6	Pontuação: 2			
			> 10,6	Pontuação: 0			
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto	Avaliar a frequência de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes adultos internados em UTI,	≤ 7,76	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4		
		> 7,76 e ≤ 13,8	Pontuação: 2				
		> 13,8	Pontuação: 0				
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal	Identificar a ocorrência de casos de pneumonia associada à ventilação mecânica em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal	≤ 5,7	Pontuação: 4	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4		
		> 5,7 e ≤ 11,4	Pontuação: 2				
		> 11,4	Pontuação: 0				
Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	Avaliar a qualidade e a segurança do cuidado cirúrgico prestado às pacientes submetidas à cesariana	≤ 0,46%	Pontuação: 4	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4		
		> 0,46% e ≤ 1,7%	Pontuação: 2				
		> 1,7%	Pontuação: 0				
Incidência de pacientes com lesão por pressão (úlceras por pressão) adquirida no hospital por 1000 paciente-dia	Identificar a incidência de LPP em pacientes adultos internados.	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4		

	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 paciente-dia	Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.	$\leq 2,2$ a cada 1.000 pacientes-dia.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1	Acompanhar e avaliar a qualidade e segurança dos cuidados cirúrgicos prestados a pacientes com baixo risco (ASA 1).	até 0,1%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2	Monitorar e avaliar a segurança e qualidade do atendimento cirúrgico em pacientes com risco moderado (ASA 2).	até 5,4%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3	Monitorar e avaliar a segurança e qualidade do atendimento cirúrgico para pacientes com condições clínicas graves.	até 17,8%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4	Monitorar e avaliar a qualidade e segurança do atendimento cirúrgico para pacientes com condições clínicas graves e instáveis.	até 65,4%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	1	
	Acolhimento com Classificação de Risco	Certificar que os pacientes atendidos em unidades de urgência e emergência, recebam a devida atenção conforme a gravidade e urgência de seu quadro clínico.	Enviar o relatório da classificação de risco	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	
	Envio do relatório de Segurança do Paciente	Garantia que os incidentes de segurança sejam registrados, analisados e corrigidos.	Envio do Relatório de Segurança do paciente	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	
<b>Assistência Perinatal Hospitalar</b>	Taxa de mulheres com acompanhante durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)	Garantia do direito da mulher à presença de um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.	Obter 100% das gestantes com acompanhantes	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	21
	Taxa de Cobertura da Testagem para Sífilis (teste rápido) na Admissão de Gestantes na Maternidade	Garantir o rastreamento oportuno da sífilis em gestantes no momento da admissão hospitalar para o parto.	Atingir 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
	Taxa de Cobertura da Testagem Rápida para HIV na Admissão	Assegurar a identificação precoce de gestantes com infecção pelo HIV no	Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	

	de Gestantes na Maternidade	momento da admissão hospitalar para o parto.				
	Percentual de Gestantes com Sífilis Diagnosticada no Parto que Iniciaram Tratamento Junto com o Recém-Nascido durante a Internação Hospitalar	Assegurar o início oportuno do tratamento da sífilis em gestantes diagnosticadas no parto e em seus recém-nascidos durante a internação hospitalar.	Alcançar 100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento iniciado durante o internamento hospitalar	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
	Número de episiotomias realizadas com registro de justificativa clínica documentada	Monitorar a conformidade da realização da episiotomia com as boas práticas obstétricas, assegurando que esse procedimento seja realizado apenas quando clinicamente necessário.	Envio da informação	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	
	Proporção de RN Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B	Monitorar, analisar e avaliar as ações de promoção e de proteção à saúde e a qualidade da assistência prestada ao recém-nascido.	Atingir 100% dos RN vacinados nas primeiras 12 horas de vida	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
	Proporção de RN vacinados com a vacina BCG	Monitorar, analisar e avaliar as ações de promoção e de proteção à saúde e a qualidade da assistência prestada ao recém-nascido.	Atingir 100% dos RN vacinados	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
<b>Eficiência da Gestão Hospitalar</b>	Número de Cancelamento de Cirurgias Eletivas Por Motivação Alheia ao Paciente	Identificar falhas nos processos administrativos e operacionais que levam ao cancelamento de cirurgias.	Envio da Informação	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2	4
	Índice de intervalo de substituição de Leitos	Avaliar e monitorar o tempo entre a desocupação e a ocupação de leitos hospitalares.	≤1,64 dias	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2	
<b>Vigilância do Óbito</b>	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h)	Revisar os óbitos que ocorreram após 24 horas de internação.	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	9
			Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais		2	
			Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais		0	
	Proporção de Óbitos Maternos Investigados	Investigar os óbitos maternos	Investigar 100% dos óbitos maternos	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	
			Investigar menos que 100% dos óbitos maternos		0	
	Proporção de Óbitos Fetais Analisados	Analisar os óbitos Fetais	Analisar 100% dos óbitos fetais	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	
Analisar menos que 100% dos óbitos fetais			0			
<b>Atenção ao Usuário</b>	Satisfação do Usuário	Aferição mensal do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes atendidos .	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%		2	

			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%		1	6
			Aferir satisfação do usuário menor que 70%		0	
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas	Publicação mensal das respostas às queixas recebidas na unidade de saúde	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
Transparência	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência	Aferição mensal de informações de transparência em consonância com normativas vigentes.	Atingir o grau desejável de qualidade da publicação das informações de transparência	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE	4	4
			Atingir o grau moderado de qualidade da publicação das informações de transparência		3	
			Atingir o grau insuficiente de qualidade da publicação das informações de transparência		2	
			Atingir o grau crítico de qualidade da publicação das informações de transparência		1	
			Atingir o grau inexistente de qualidade da publicação das informações de transparência		0	
Educação Permanente	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente	Avaliar a execução do plano de educação permanente.	100,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	3
			90,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		3	
			80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		2	
			70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.		1	
			< 70,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.		0	
<b>TOTAL</b>					100	100

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

### 3. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES

Seguem abaixo as fichas técnicas dos indicadores de qualidade.

#### 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

<b>Nome</b>	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Importância</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100

<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Total de internações que ocorreram em até 30 dias corridos a partir das saídas cirúrgicas que constam no denominador (saídas no mês anterior ao mês de competência).</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivo da reinternação compatível com complicações pós-operatórias (ex: infecção de sítio cirúrgico, deiscência, hemorragia, tromboembolismo, etc.);</li> <li>• Internação hospitalar (não inclui atendimentos ambulatoriais ou em pronto atendimento sem internação).</li> <li>• Reinternações hospitalares ocorridas no mesmo estabelecimento, dentro de 30 dias corridos, com diagnóstico relacionado ao procedimento cirúrgico inicial, conforme CID</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se aplica</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Total de saídas cirúrgicas no mês anterior ao mês de competência.</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico hospitalar (eletivo ou de urgência/emergência);</li> <li>• Alta hospitalar ocorrida no período de análise ;</li> <li>• Alta com <b>condição de alta definitiva</b> (exclui transferências);</li> <li>• Procedimentos realizados em centro cirúrgico (cirurgias propriamente ditas, não procedimentos ambulatoriais ou de diagnóstico).</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se aplica</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para a estratificação das reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída da sua primeira internação.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fonte de dados:</b> 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.</li> <li>• A contagem do prazo de 30 dias tem início no <b>dia seguinte à data da alta hospitalar</b> do paciente. A unidade de análise será a <b>coorte mensal de altas hospitalares</b> decorrentes de procedimento cirúrgico. A reinternação deve ocorrer <b>na mesma unidade hospitalar</b> e ser registrada no mesmo sistema de informação hospitalar (ex: SIH-SUS), com codificação compatível com complicações cirúrgicas.</li> <li>• A contratada deverá consolidar e enviar os dados por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra solução tecnológica definida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), respeitando os prazos e formatos estabelecidos pela contratante.</li> </ul> <p><b>Referência da meta:</b> FICHA TÉCNICA - PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÃO HOSPITALAR PÓS-CIRURGIA EM ATÉ 30 DIAS: ANS-AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. QUALISS, [S. L.], p. 1-5, 1 abr. 2018.</p> <p><b>Referências:</b> 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. 2009. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2017.</p>
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<b>Nome</b>	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Adulto/
<b>Conceituação</b>	Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
<b>Importância</b>	O acompanhamento da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora (ITU-CVD) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto constitui um componente essencial da vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), bem como do monitoramento da qualidade e da segurança do cuidado prestado em ambientes críticos. A infecção urinária associada a CVD é uma das IRAS mais prevalentes em UTIs, estando fortemente relacionada ao uso prolongado e/ou inadequado do dispositivo, à adoção de técnicas assépticas inadequadas durante a inserção e a manutenção, bem como a falhas na aplicação de protocolos
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 1.000
<b>Definições</b>	<p><b>Fórmula do cálculo:</b> (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000 Estratificar os dados da fórmula em:</p> <p><b>a) Numerador:</b> Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário;</li> <li>• O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior;</li> <li>• Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que utilizam cateter duplo J;</li> <li>• Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de demora, como cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A caracterização de infecção do trato urinário (ITU) associada ao uso de cateter vesical de demora (CVD) deverá obrigatoriamente seguir os <b>critérios diagnósticos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)</b>, conforme descrito no <b>Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), nº 01 / 2024</b>.</li> <li>• Os casos deverão ser validados pela <b>Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)</b> da unidade, com base em registros clínicos, laboratoriais e de dispositivos, assegurando uniformidade, rastreabilidade e comparabilidade dos dados.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b> A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo.</p> <p><b>Definições:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cateter Vesical de Demora (CVD): considera-se aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente</li> <li>• Infecção do trato urinário em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior.</li> </ul>

**Observação 03:**

O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de trato urinário associada a cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD. Quanto menor a taxa de infecção de trato urinário associada a CVD, melhor.

**Observação 04:**

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

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

**Referências:**

ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. Edição 03, 2011.

Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Observatório 2019. Publicação Anual – Edição 11. 2019.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Setembro de 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde. Indicador nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde. Boletim Informativo. Brasília, 1 (3), 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2019. Brasília, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Resolução Nº 07, 24/02/2010. Brasília, 2010.

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

<b>Nome</b>	Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, Associada à Cateter Venoso Central em UTI Adulto e Neonatal
<b>Conceituação</b>	<p>A taxa de densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central (CVC), em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal é expressa por 1.000 cateteres-dia. A utilização de "cateter-dia" como denominador permite o ajuste do tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a ocorrência dessa infecção.</p> <p>Este indicador é aplicável às Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal, devendo ser analisado de forma estratificada por faixa etária, de modo a permitir uma avaliação mais precisa do risco e da qualidade do cuidado prestado em cada grupo populacional.</p>
<b>Importância</b>	Indicador essencial para o controle de infecções hospitalares. Ele reflete diretamente as práticas de cuidados intensivos e contribui para a melhoria da qualidade assistencial nas UTIs. Monitorar e reduzir essa taxa é fundamental para a segurança do paciente e para garantir um atendimento eficaz e com menor risco de complicações associadas a infecções graves.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 1000
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês.</p> <p><b>Critérios de inclusão :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos que <b>não se enquadram</b> como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.).</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <p>Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.</p> <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo.</li> <li>• Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.</li> </ul>

- NÃO são considerados cateteres centrais para fins de notificação de dados de IPCSL: fistula arteriovenosa, enxerto arteriovenoso, cateteres atriais (também conhecidos como cateteres intracardíacos transtorácicos, os cateteres inseridos diretamente no átrio direito ou esquerdo através da parede do coração), suporte de vida extracorpóreo (ECMO), enxerto para hemodiálise (HERO), dispositivos de bomba de balão intra-aórtico (BIA), cateter periférico ou cateter de linha média (midline), dispositivo de assistência ventricular (VAD), cateter arterial, que não se enquadra na definição de cateter central.
- Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.
- Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023
- Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (ANVISA), nº 01 / 2024.

**Definições:**

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

Tipos de cateteres centrais para fins de vigilância epidemiológica:

- Cateter central permanente:

A. cateter tunelizado, incluindo o cateter tunelizado de hemodiálise,

B. cateter totalmente implantável, incluindo ports.

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

**Referência da meta:**

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

**Referências:**

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea Associada ao Cateter Venoso Central (CVC). Agência Nacional de Saúde Suplementar, [S. l.], p. 1-4, 1 nov. 2012.

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

Nome	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em UTI Adulto / Neonatal
Conceituação	Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), dividido pelo número total de dias de ventilação mecânica (VM-dia), multiplicado por 1000.
Importância	É um importante indicador para a gestão da qualidade e segurança do paciente em UTIs. Monitora-la ajuda a identificar problemas de prevenção e controle de infecções, e pode orientar as equipes de saúde em estratégias para reduzir a incidência de infecções associadas à ventilação mecânica. Além disso, é um parâmetro essencial para garantir que os cuidados prestados em ambientes críticos sejam sempre os mais eficazes e seguros.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
Definição	<p><b>a) Numerador:</b> Número de episódios de pneumonia diagnosticada segundo os critérios clínico-epidemiológicos e laboratoriais da ANVISA, ocorridos em pacientes em ventilação mecânica invasiva por mais de dois dias consecutivos, em um mês.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou esta havia sido removida no dia anterior.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositivos de ventilação e expansão pulmonar que fornece pressão positiva para as vias aéreas por meios não invasivos (por exemplo: máscara nasal, máscara facial, cateter de alto fluxo CPAP, BIPAP etc.) não são considerados ventiladores mecânicos, a menos que a pressão positiva seja fornecida por via aérea artificial (tubo endotraqueal oral / nasal ou tubo de traqueostomia).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Número de dias de VM (VM/dia)</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b> Total de dias em que todos os pacientes da UTI estiveram em ventilação mecânica invasiva, durante o período avaliado, em um mês.</p> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dias em que o paciente não esteve em ventilação mecânica invasiva</li> <li>Pacientes em outras unidades que não a UTI.</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ventilador mecânico: dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal.</li> <li>Em caso de reintubação, considerar novo episódio de ventilação mecânica se o intervalo entre a extubação e nova intubação for superior a 48 horas. Nesse caso, reinicia-se a contagem de D1.</li> <li>A validação dos casos de PAV deve ser realizada por profissionais treinados em vigilância epidemiológica hospitalar, preferencialmente sob a coordenação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com base nos critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).</li> <li>Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023.</li> </ul> <p><b>Referência da meta:</b> Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA.</p> <p><b>Referências:</b> ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01 / 2024: Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde.. Anvisa, [S. l.], p. 1-55, 3 jan. 2024.</p>

### 3.5. TAXA DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-CESÁREA

<b>Nome</b>	Taxa de Infecções de Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea
<b>Conceituação</b>	A Taxa de ISC pós-cesárea mede a frequência com que ocorrem infecções no local da incisão cirúrgica após a realização de cesariana. Ela permite identificar falhas nos processos de prevenção de infecções, como assepsia, técnica cirúrgica, cuidados pós-operatórios e uso racional de antimicrobianos.
<b>Importância</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Segurança do Paciente:</b> Altas taxas de infecção indicam riscos elevados para as puérperas.</li> <li>● <b>Qualidade do Cuidado:</b> Um aumento pode sinalizar problemas nos protocolos cirúrgicos ou de esterilização.</li> <li>● <b>Gestão Hospitalar:</b> Auxilia gestores a direcionar ações corretivas e preventivas.</li> <li>● <b>Custo-efetividade:</b> Reduz internações prolongadas, uso de antibióticos e reinternações.</li> <li>● <b>Monitoramento Contínuo:</b> Serve para avaliar a eficácia de programas de controle de infecção hospitalar</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador x100
<b>Definição</b>	<p><b>Taxa (%) = (Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea / Total de cesarianas realizadas) x 100</b></p> <p><b>a) Numerador: Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea no período</b></p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes submetidas a cesariana na instituição.</li> <li>● Diagnóstico confirmado de ISC (superficial, profunda ou de órgão/espaco), de acordo com critérios clínicos e laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Secreção purulenta no local da incisão.</li> <li>◆ Cultura positiva do sítio cirúrgico.</li> <li>◆ Dor, edema, calor, vermelhidão com abertura espontânea da incisão.</li> <li>◆ Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado.</li> <li>◆ ISC diagnosticada <b>durante a internação</b> ou <b>após a alta hospitalar, dentro de 30 dias</b> da cesárea.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infecções em pacientes que não passaram por cesariana.</li> <li>● Casos com suspeita, mas sem confirmação clínica ou laboratorial de ISC.</li> <li>● Diagnóstico de ISC feito após 30 dias da cirurgia.</li> <li>● Casos de infecção ocorridos por outro motivo cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea</li> </ul> <p><b>b) Denominador: Total de cesarianas realizadas</b></p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Foram realizadas na própria instituição, independentemente do risco ou indicação clínica.</li> <li>● Ocorrem no período avaliado (ex: mês, trimestre, ano).</li> <li>● Foram feitas em pacientes internadas para parto, mesmo em casos de cesárea de urgência ou emergência.</li> <li>● Incluem cesáreas feitas em gestantes com ou sem comorbidades.</li> <li>● Incluem cesarianas com qualquer tipo de anestesia (raqui, peridural, geral).</li> <li>● Pacientes que foram operadas e tiveram alta ou permaneceram internadas.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Partos normais (via vaginal).</li> <li>● Cesarianas realizadas em outras instituições, mesmo que a paciente tenha sido transferida para cuidados posteriores.</li> <li>● Curetagens, abortamentos ou outros procedimentos obstétricos que não resultam em parto cesariano.</li> <li>●</li> </ul> <p><b>Observação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>O período de análise será mensal;</b></li> <li>● A validação dos casos deve ser realizada pela CCIH ou por profissional capacitado, conforme protocolo institucional;</li> <li>● Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (ANVISA), nº 01 / 2024.</li> </ul>

**Referências:**

Associated Module. Surgical Site Infection Event (SSI). National Healthcare Safety Network (NHSN), [S. l.], p. 1-42, 1 jan. 2025.

Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, [S. l.], p. 1-61, 5 mar. 2021.

ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01 / 2024: Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde.. Anvisa, [S. l.], p. 1-55, 3 jan. 2024.

**3.6. INCIDÊNCIA DE PACIENTES COM LESÃO POR PRESSÃO (LPP) ADQUIRIDA NO HOSPITAL**

Nome	Incidência de Pacientes com Lesão por Pressão (LPP) Adquirida no Hospital.
Conceituação	Mensuração da incidência do número de pacientes com lesão por pressão adquirida no hospital no período e a soma total de pacientes-dia no mesmo período, por 1.000 pacientes.
Importância	<p>Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.</p> <p>O uso deste indicador de incidência permite que as instituições monitorem periodicamente este desfecho para o paciente e analisem criticamente os processos institucionais. Atenção aos fatores de risco e a implementação de medidas e prevenção/ tratamento reduzirão a ocorrência de novas úlceras por pressão e evitarão a piora das existentes.</p>
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
Definição	<p><b>a) Numerador:</b> Número total de pacientes com lesão por pressão novas adquiridas na instituição.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes com lesão por pressão adquirida no hospital (lesões descobertas ou documentadas após as primeiras 24 horas desde a admissão do paciente internado). Devem ser contados apenas os pacientes e não as lesões, ou seja, se um paciente apresentou mais de uma lesão ele deve ser contado apenas 1 vez.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesões não classificáveis: lesões com curativos ou sob dispositivos, que não podem ser removidos no momento da inspeção da pele, e o estágio da lesão não está documentado no prontuário do paciente. Feridas não causadas por pressão, como: dermatite associada à incontinência, úlceras arteriais, venosas, diabéticas, skin tear e queimaduras.</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Número de pacientes-dia, somatória do total de pacientes-dia do hospital no mês.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Internação hospitalar com permanência igual ou superior a 24 horas;</li> <li>● Sem presença de LPP no momento da admissão, conforme registro na avaliação inicial de enfermagem.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes que se recusam a serem avaliados no momento da coleta padronizada dos dados de incidência.</li> <li>● Pacientes que, no momento da avaliação institucional, estejam fora da unidade (ex: em cirurgia, exames diagnósticos, fisioterapia).</li> <li>● Pacientes instáveis clinicamente no momento da avaliação, cuja condição contraindique a inspeção física da pele (ex: instabilidade hemodinâmica, dor intensa, fraturas não mobilizadas).</li> <li>● Pacientes em cuidados paliativos avançados, nos quais a prevenção ou tratamento da lesão por pressão não constitui mais objetivo terapêutico, conforme registrado em prontuário.</li> </ul> <p><b>Interpretações:</b></p> <p><b>Classificação das Lesões por Pressão (conforme NPUAP/EPUAP/PPPIA):</b> As lesões por pressão devem ser classificadas de acordo com os seguintes estágios:</p> <p><b>Estágio 1</b> – Eritema não branqueável em pele íntegra. A pele pode estar dolorosa, firme, mole, mais quente ou mais fria que o tecido adjacente. <b>Estágio 2</b> – 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. <b>Estágio 3</b> – 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. <b>Estágio 4</b> – Perda total da espessura tecidual com exposição de osso, tendão ou músculo. Frequentemente apresenta escaras ou esfacelos e pode ocorrer tunelização. <b>Lesão Tissular Profunda (LTP)</b> – 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. <b>Lesão por Pressão Não Classificável</b> – Ferida coberta por tecido desvitalizado (esfacelo ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação. <b>Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico</b> – 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. <b>Lesão por</b></p>

**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.

**Observação:** Este relatório tem caráter obrigatório e deverá ser **encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS)**, como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

**Referência da meta:Referências:** BRASIL , Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO. PROQUALIS, [S. l.], p. 1-20, 9 jul. 2013. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/protocolo/protocolo-para-prevencao-de-ulcera-por-pressao>. Acesso em: 30 maio 2025.

ANVISA — MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 05/2023. Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão — 2023.

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

<b>Nome</b>	Densidade de Incidência de Quedas (Com ou Sem Lesão) de Pacientes Internados (Por Mil).
<b>Conceituação</b>	Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição.
<b>Importância</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 1000
<b>Definição</b>	<p><b>Densidade de Incidência de Quedas</b> = ( Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse. / Total de pacientes-dia) × 1.000.</p> <p><b>a) Numerador:</b> Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse.</p> <p><b>Crítérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas. Quedas assistidas. Quedas repetidas. Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda);</li> <li>• Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V);</li> <li>• Todos os pacientes da instituição independente da idade.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe.</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse</p> <p><b>Crítérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Crítérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é aplicável.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <p><b>Queda:</b> 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).</p> <p><b>Observação 02:</b></p> <p><b>Dano:</b> 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: <b>Nível I</b> (nenhum): paciente não sofreu lesões. <b>Nível II</b> (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. <b>Nível III</b> (moderado): resultou em sutura, aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. <b>Nível IV</b> (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. <b>Nível V</b> (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda.</p> <p><b>Notificação da Queda:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A notificação da queda é de <b>responsabilidade da equipe de enfermagem</b> da unidade onde ocorreu o evento.</li> <li>• O profissional que presenciar ou tomar conhecimento da queda deverá <b>registrar imediatamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Em campo específico do <b>prontuário do paciente;</b></li> <li>◦ No <b>formulário de notificação de evento adverso</b> padronizado pela unidade;</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Validação e Acompanhamento:</b></p>

- 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 (CCH)** 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** : Este relatório tem caráter obrigatório e deverá ser **encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS)**, como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

**Referência da meta:** QUALISS, MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR; ANS, AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR; BRASIL , MINISTERIO DA SAÚDE. Densidade de incidência de queda resultando em lesão em paciente Domínio: Segurança. FICHA TÉCNICA , [S. l.], p. 1-4. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/Ficha\\_tecnica\\_indicador\\_13.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/Ficha_tecnica_indicador_13.pdf). Acesso em: 30 maio 2025.

**Referências:**

Abreu, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 20. 2012. Associação Nacional de Hospitais Privados ANAHP). Observatório 2019. Publicação Anual – Edição 11. 2019.

Boushon B, et al. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. 2012. Acesso em: 13.01.19. Disponível em: [www.ihl.org](http://www.ihl.org)

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Protocolo Prevenção de Quedas. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz. Correa AD, 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. 46(1). 2012.

### 3.8 TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA SEGUNDO ASA

<b>Nome</b>	Taxa de Mortalidade Cirúrgica Segundo ASA.
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Importância</b>	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)
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após cirurgia que atenda aos critérios de inclusão, no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número de pacientes submetidos a cirurgias, que atendam aos critérios de inclusão, no período.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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);</li> <li>● Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004).</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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;</li> <li>● 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.</li> </ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Partos normais ou cesáreos.</li> <li>● Procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009);</li> <li>● Cirurgias realizadas sob anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida (Klück, 2004).</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A condição pré-operatória do paciente, independente do tipo de cirurgia, é uma variável que influencia decididamente a mortalidade cirúrgica. Há uma relação direta entre a gravidade da condição clínica, avaliada de acordo com a Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists), e a mortalidade cirúrgica. Para tornar o indicador comparável entre os diferentes hospitais, de maneira a destacar a contribuição da qualidade da assistência hospitalar e minimizar os fatores relativos à gravidade do caso e à presença de comorbidades, serão realizados ajustes levando em conta as cinco classes ASA dos pacientes (a classe VI não será utilizada), abaixo especificadas:</li> </ul> <p><b>Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists):</b></p> <p><b>Classe I:</b> Normal. Paciente saudável (a única patologia relevante do paciente é a que necessita correção cirúrgica);</p> <p><b>Classe II:</b> Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica controlada, idade &gt;70 anos, obesidade);</p> <p><b>Classe III:</b> Doença sistêmica grave (ex, obesidade mórbida, doença respiratória sintomática, falência renal, cirrose);</p> <p><b>Classe IV:</b> Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, falência hepatorenal);</p> <p><b>Classe V:</b> Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver sem a operação;</p> <p><b>Classe VI:</b> Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para doação.</p> <p>*Observações entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010).</p> <p><b>Referência da Meta:</b> ANS, AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. TAXA DE MORTALIDADE CIRURGICA POR ASA. ANS, [S. l.], p. 1-4, 1 nov. 2012. Disponível em: <a href="https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ef-03.pdf">https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ef-03.pdf</a>. Acesso em: 23 maio 2025.</p>

**Referências:**

ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. 4 ed. São Paulo: ANAHP. 2012. 148 p.

Anvisa. Sítio Cirúrgico - Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília: Março de 2009, p.1-19. 2009. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios\\_nacionais\\_ISC.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf). Acesso em: 12/07/2012.

Carraro, M. A.; Zanatta, G. A.; Klück, M. M. Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada pela classificação ASA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev 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. (Tese - Doutorado). Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. 128 p.

### 3.9. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

<b>Nome</b>	Acolhimento com Classificação de Risco.
<b>Conceituação</b>	Verificação do cumprimento da rotina de acolhimento com classificação de risco, por meio do envio mensal do relatório técnico-institucional que comprove a implementação contínua dessa prática.
<b>Importância</b>	Permite avaliar a eficácia do processo de triagem, assegurando que os pacientes sejam atendidos de acordo com a gravidade de seu quadro clínico, priorizando aqueles em situação mais crítica.
<b>Método de Cálculo</b>	Não há cálculo percentual.
<b>Definição</b>	<p><b>Interpretações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>O acolhimento</b> é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.</li> <li>● <b>A Classificação de Risco</b> é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada. Os objetivos primários são avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade e reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade. Os pacientes deverão ser encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo e deverão ser informados sobre o tempo de espera, receber ampla informação sobre o serviço aos usuários e oferecer informações aos familiares.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● O acolhimento e a Classificação de Risco devem ser realizados em todos os atendimentos de urgência e emergência.</li> <li>● A Classificação de Risco é de responsabilidade exclusiva do profissional enfermeiro, devidamente habilitado e capacitado para esta função, conforme disposto na Resolução COFEN nº 423/2012.</li> <li>● É vedada a realização da classificação de risco por técnicos de enfermagem ou por qualquer outro profissional não autorizado.</li> <li>● A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção</li> <li>● A avaliação é mensal: envio do relatório institucional, conforme definido nos parâmetros do contrato de gestão e nas diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Portaria nº 2.048/GM/MS de 2002.</li> </ul> <p><b>Referência da Meta:</b> BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Série B. Textos Básicos de Saúde, [S. l.], p. 1-60, 1 jan. 2009. Disponível em: <a href="https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf">https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf</a>. Acesso em: 30 maio 2025.</p> <p><b>Referências:</b></p> <p>Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Nº 219, 12 de novembro de 2012, Seção 1, p.32-54. 2002.</p> <p>Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2009. 56 p. (Série B - Textos Básicos de Saúde)</p>

### 3.10. ENVIO DO RELATÓRIO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

<b>Nome</b>	Envio do Relatório de Segurança do Paciente
<b>Conceituação</b>	Análise da conformidade do envio do Relatório de Segurança do Paciente, considerando sua periodicidade, completude e aderência às diretrizes estabelecidas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)
<b>Importância</b>	O relatório é um documento crucial para monitorar, analisar e promover a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos pacientes pela CONTRATADA. Desempenha também um papel central na promoção de um ambiente de saúde mais seguro e na proteção do paciente, além de garantir transparência, conformidade e responsabilidade dentro das instituições.
<b>Método de Cálculo</b>	Não é aplicável. O critério de avaliação é o envio mensal do relatório, dentro do prazo estipulado e com os campos obrigatórios devidamente preenchidos
<b>Definição</b>	<p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O relatório deve ser detalhado, claro e incluir informações importantes que ajudem a avaliar e monitorar a segurança no cuidado prestado aos pacientes pela <b>CONTRATADA</b>.</li> <li>Deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde (SES), por meio do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade das informações, a transparência institucional e o cumprimento das diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente e das políticas de humanização da assistência.</li> <li>A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, que deva ser elaborados e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; prevenção de quedas e úlceras por pressão. Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa.</li> </ul> <p><b>Referência da meta:</b>  <b>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília – DF, [S. l.], p. 1-42, 1 jan. 2024.</p>

### INDICADORES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA PERINATAL HOSPITALAR

#### 3.11. TAXA DE MULHERES COM ACOMPANHANTE DURANTE *TODO* O PROCESSO ASSISTENCIAL AO PARTO (PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO)

Nome	Taxa de mulheres com acompanhante durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)
Conceituação	Proporção de parturientes que estiveram acompanhadas por pessoa de sua livre escolha durante os três períodos do processo de parto: pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme direito garantido pela Lei nº 11.108/2005.
Importância	Permite estimar a medida em que o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto é garantido. O fato da mulher poder contar com a presença do acompanhante de livre escolha durante o parto pode contribuir para maior segurança, proteção e apoio afetivo neste momento. A presença do acompanhante é identificada na literatura como boa prática, humanizadora do processo de parturição, recomendada a todas as gestantes. Trata-se de uma prática recomendada pela literatura e garantida por lei no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005).
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	<p><b>a) Numerador</b> – Número de mulheres que tiveram acompanhante presente em todos os três períodos: pré-parto, parto e pós-parto imediato (primeiras 2 horas após o parto).</p> <p><b>b) Denominador</b> – Total de partos realizados (vaginais e cesáreos) no período de análise.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os partos, cesáreos e normais.</li> </ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nascimentos que ocorram fora do hospital;</li> </ul> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em conformidade com a <b>Lei Federal nº 11.108/2005</b>, que garante à gestante o direito de ser acompanhada por pessoa de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, informa-se que deverá ser elaborado um relatório que comprove o cumprimento desse direito no âmbito da unidade hospitalar.</li> <li>• Este relatório tem caráter obrigatório e deverá ser <b>encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS)</b>, como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.</li> </ul> <p><b>Relatório de Garantia do Direito ao Acompanhante da Gestante – Principais Tópicos:</b></p> <p><b>Identificação da Gestante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome completo anonimizado</li> <li>• Data de nascimento</li> <li>• Número do prontuário hospitalar</li> <li>• Data e hora da admissão na maternidade</li> </ul> <p><b>Identificação do Acompanhante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome completo anonimizado</li> </ul> <p><b>Períodos de Acompanhamento</b></p> <p>Confirmação da presença do acompanhante durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho de parto</li> <li>• Parto</li> <li>• Pós-parto imediato ( (primeiras 2 horas após o parto)</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando a gestante não indicar ou não tiver acompanhante disponível, a CONTRATADA deverá designar um profissional da equipe assistencial (preferencialmente do sexo feminino, quando possível) para permanecer com a gestante, assegurando apoio contínuo, emocional e físico durante todo o processo.</li> </ul> <p><b>Referências:</b></p> <p>Brasil. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no</p>

**3.12. TAXA DE COBERTURA DA TESTAGEM PARA SÍFILIS (TESTE RÁPIDO) NA ADMISSÃO DE GESTANTES NA MATERNIDADE.**

Nome	Taxa de Cobertura da Testagem para Sífilis (teste rápido) na Admissão de Gestantes na Maternidade.
Conceituação	Mensura a proporção de gestantes submetidas ao teste rápido treponêmico para sífilis no momento da internação para o parto.
Importância	A testagem rápida para sífilis na admissão de gestantes na maternidade desempenha um papel fundamental na prevenção da sífilis congênita. Esse procedimento permite identificar falhas na testagem durante o acompanhamento pré-natal, oferecendo uma última oportunidade para intervenção antes do nascimento do bebê. Além disso, a realização da testagem na admissão reforça a linha de cuidado materno-infantil, estando alinhada aos princípios da Rede Cegonha, ao assegurar um cuidado integral, contínuo e oportuno à mulher e ao recém-nascido. Do ponto de vista da gestão, esse indicador subsidia ações de vigilância epidemiológica e contribui para a qualificação da atenção obstétrica nas maternidades, promovendo melhorias nos processos assistenciais e no controle de agravos evitáveis.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	<p><b>a) Numerador</b> – Número de gestantes testadas com testes rápido na admissão</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestantes testadas com teste rápido para sífilis no momento da admissão hospitalar para o parto, independentemente do resultado.</li> </ul> <p><b>Crítérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não se aplica</li> </ul> <p><b>b) Denominador</b> – Número total de partos</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os partos realizados na unidade hospitalar no período de análise (vaginais ou cesarianas).</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não se aplica</li> </ul> <p><b>Definição:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria <i>Treponema pallidum</i> (<i>T. pallidum</i>), e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica, com sequelas irreversíveis em longo prazo;</li> <li>A sífilis congênita é o resultado da transmissão da espiroqueta de <i>Treponema pallidum</i> da corrente sanguínea da gestante com sífilis para o concepto por via transplacentária ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical);</li> <li>Os testes rápidos (TR) utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP).</li> <li>O teste será feito <b>em todas as admissões</b> (independentemente de testagens anteriores);</li> </ul> <p><b>Testes treponêmicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O teste rápido utilizado deve ser de natureza <b>treponêmica</b>, registrado na Anvisa, e aprovado pelo Ministério da Saúde, com metodologia baseada em <b>imunocromatografia de fluxo lateral</b> ou <b>plataforma de duplo percurso (DPP®)</b>. Deve permitir a leitura em até 30 minutos e ser realizado com sangue total por punção digital ou venosa.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <p>O ministério da saúde recomenda o rastreio para HIV e para sífilis em dois momentos do pré-natal: na primeira consulta (idealmente no primeiro trimestre da gestação) e no terceiro trimestre gestacional; além disso, a testagem também é recomendada em situação de violência sexual, <b>no momento do parto</b>, ou em caso de <b>aborto/natimorto, independentemente de testagens anteriores.</b></p> <p><b>Referência da meta:</b> MINISTÉRIO DA SAÚDE. HÉLIO ANGOTTI NETO. PORTARIA SCTIE/MS Nº 12, DE 19 DE ABRIL DE 2021. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST), SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE, 19 abr. 2021.</p> <p><b>Referência:</b></p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.</p>

### 3.13. TAXA DE COBERTURA DA TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV NA ADMISSÃO DE GESTANTES NA MATERNIDADE.

Nome	Taxa de Cobertura da Testagem Rápida para HIV na Admissão de Gestantes na Maternidade
Conceituação	Percentual de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV no momento da internação.
Importância	A realização da testagem rápida para HIV no momento da admissão de gestantes na maternidade é uma ação estratégica de elevada relevância no escopo da atenção obstétrica. Tal prática visa a prevenção da transmissão vertical do HIV, permitindo, por meio do diagnóstico oportuno, a imediata implementação de medidas profiláticas, como a administração de antirretrovirais, a indicação de cesariana eletiva em casos específicos e a contra-indicação ao aleitamento materno, conforme os protocolos clínicos e diretrizes vigentes do Ministério da Saúde.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	<p><b>a) Numerador</b> – Número de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV na maternidade.</p> <p><b>Critério de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenham realizado teste rápido para HIV durante o processo de admissão hospitalar;</li> <li>• O teste tenha sido realizado na própria unidade hospitalar, antes ou durante o atendimento obstétrico;</li> <li>• A testagem tenha ocorrido em momento clinicamente oportuno, preferencialmente antes do parto.</li> </ul> <p><b>Critério de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes que recusaram a testagem rápida (após aconselhamento);</li> <li>• Gestantes com condições clínicas graves que impediram a coleta;</li> <li>• Parto que ocorreu sem tempo hábil para a testagem (ex.: nascimento no transporte ou ao chegar);</li> <li>• Gestantes que realizaram o teste em outra unidade antes da transferência..</li> </ul> <p><b>b) Denominador</b> – Total de gestantes admitidas para o parto.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda gestante admitida para o parto (parto normal, cesariana ou abortamento com internação);</li> <li>• Gestantes com qualquer idade gestacional;</li> <li>• Gestantes com parto assistido na própria unidade.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes que chegaram em óbito;</li> <li>• Casos de natimortos sem tempo ou possibilidade de assistência à mãe;</li> <li>• Gestantes admitidas exclusivamente para observação ou condutas clínicas sem parto;</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <p>O ministério da saúde recomenda o rastreio para HIV e para sífilis em dois momentos do pré-natal: na primeira consulta (idealmente no primeiro trimestre da gestação) e no terceiro trimestre gestacional; além disso, a testagem também é recomendada em situação de violência sexual, <b>no momento do parto</b>, ou em caso de <b>aborto/natimorto</b>, independentemente de testagens anteriores.</p> <p><b>Observações 02:</b></p> <p>A realização da testagem rápida para HIV é fundamental para a segurança materno-infantil, uma vez que a ausência de condutas adequadas pode resultar em taxas de transmissão vertical de até 25%, ao passo que, com o manejo apropriado, esse índice pode ser reduzido para menos de 1%. Além disso, este indicador constitui um parâmetro relevante para o monitoramento da qualidade da atenção ao parto, refletindo a efetividade dos processos de triagem, acolhimento e rastreamento de agravos realizados pela equipe de saúde no momento da admissão hospitalar. Dessa forma, a taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes será considerada um indicador de desempenho e qualidade no presente Contrato de Gestão, devendo ser monitorada regularmente, conforme os critérios pactuados e em consonância com as diretrizes da Rede Cegonha, da Política Nacional de Humanização e do Plano Estadual de Saúde.</p> <p><b>Referências da Meta:</b> MINISTÉRIO DA SAÚDE ; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE. NOTA TÉCNICA Nº 6/2024-CGIST/DATHI/SVSA/MS. [S. I.], 18 abr. 2024.</p> <p><b>Referência:</b></p> <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE. HÉLIO ANGOTTI NETO. PORTARIA SCTIE/MS Nº 12, DE 19 DE ABRIL DE 2021. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST). SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE, 19 abr. 2021.</p>

**3.14. PERCENTUAL DE GESTANTES COM SÍFILIS DIAGNOSTICADA NO PARTO QUE INICIARAM O TRATAMENTO CONJUNTO COM O RECÉM-NASCIDO DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Nome	Percentual de Gestantes com Sífilis Diagnosticada no Parto que Iniciaram o Tratamento Conjunto com o Recém-Nascido durante a Internação Hospitalar
Conceituação	Avalia a proporção de gestantes com diagnóstico de sífilis realizado no momento do parto que iniciaram o tratamento, juntamente com o recém-nascido, ainda durante a internação hospitalar, conforme protocolos assistenciais.
Importância	A realização do tratamento da gestante diagnosticada com sífilis no parto, juntamente com o recém-nascido durante a internação hospitalar, reduz o risco de sífilis congênita, com impactos diretos na morbimortalidade neonatal. Esse cuidado oportuno também permite monitorar a qualidade da assistência prestada no parto e no pós-parto imediato, além de garantir o início do cuidado integral conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Ademais, possibilita a identificação de falhas assistenciais e de fluxo, especialmente nos casos detectados tardiamente.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	<p><b>a) Numerador</b> – Número de gestantes com diagnóstico de sífilis no momento do parto que iniciaram o tratamento na internação hospitalar junto com o RN</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes diagnosticadas com sífilis no momento do parto, através de teste rápido, VDRL ou outro exame sorológico;</li> <li>• Gestantes que iniciaram o tratamento na internação hospitalar, com esquema terapêutico adequado conforme protocolo do Ministério da Saúde;</li> <li>• Recém-nascidos que também iniciaram o tratamento durante a internação, conforme o protocolo clínico baseado na avaliação neonatal.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes diagnosticadas no parto que não iniciaram o tratamento na maternidade;</li> <li>• Casos em que apenas o recém-nascido foi tratado, mas a mãe não recebeu medicação;</li> <li>• Tratamentos iniciados após a alta hospitalar.</li> </ul> <p><b>Denominador</b>- Número total de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o parto, independentemente do início do tratamento.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas as gestantes diagnosticadas com sífilis no parto, independentemente do início ou não do tratamento;</li> <li>• Diagnóstico realizado durante a admissão ou durante o trabalho de parto (ou seja, sem diagnóstico prévio registrado no pré-natal);</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes já diagnosticadas e tratadas durante o pré-natal (não se enquadram no diagnóstico “no parto”);</li> <li>• Partos ocorridos fora da unidade hospitalar avaliada (ex: transferências externas ou domicílios, se não houver confirmação da testagem e conduta na unidade).</li> </ul> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico), independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O registro da administração da medicação deve ser realizado formalmente no prontuário da dupla mãe-RN, ou em ficha espelho específica, contendo obrigatoriamente a data e a hora em que a medicação foi administrada, além da identificação do profissional responsável pela aplicação. Esse registro deve ser legível, datado e assinado, garantindo a rastreabilidade e a segurança do procedimento.</li> </ul> <p><b>Referência da meta</b> : MINISTÉRIO DA SAÚDE. HÉLIO ANGOTTI NETO. PORTARIA SCTIE/MS Nº 12, DE 19 DE ABRIL DE 2021. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST). SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE, 19 abr. 2021.</p>

**3.15. NÚMERO DE EPISIOTOMIAS REALIZADAS COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA DOCUMENTADA.**

Nome	Número de episiotomias realizadas com justificativa clínica documentada.
Conceituação	Este indicador acompanha a quantidade de episiotomias realizadas durante partos vaginais em que há registro claro e documentado da justificativa clínica para a realização do procedimento.
Importância	Trata-se de um indicador de grande relevância para a qualificação da assistência obstétrica, refletindo o compromisso da instituição de saúde com práticas baseadas em evidências, o respeito aos direitos da mulher e a promoção de um parto humanizado. A episiotomia, historicamente realizada de forma rotineira, é atualmente reconhecida como uma intervenção que deve ser limitada a situações com indicação clínica bem definida. Essa orientação é respaldada por organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Rede Cegonha e a Política Nacional de Humanização (PNH). Nesse contexto, o indicador visa fomentar a adoção de boas práticas obstétricas ao promover a redução do uso indiscriminado e não justificado da episiotomia, alinhando-se às diretrizes nacionais e internacionais voltadas para a segurança e a qualidade da atenção ao parto.
Método de Cálculo	Envio da Informação
Definição	<p><b>Descrição:</b></p> <p>O relatório da maternidade a ser enviado à Secretaria Estadual de Saúde (SES), anexo à transmissão do SIMAS, deve conter informações detalhadas sobre o número de episiotomias realizadas no período de referência, com justificativa clínica documentada para cada procedimento. É fundamental que o relatório comprove que a episiotomia foi realizada de forma criteriosa, com justificativa clínica válida, como nos casos de sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, parto operatório iminente com risco materno ou fetal, entre outras situações previstas em protocolos institucionais ou diretrizes clínicas reconhecidas.</p> <p>A justificativa deverá estar documentada em prontuário por meio de nota evolutiva do profissional responsável, contendo data, hora, indicação clínica e decisão compartilhada com a parturiente sempre que possível, garantindo a rastreabilidade e o respeito à autonomia da mulher conforme preconizado pelas políticas públicas de humanização do parto.</p> <p><b>Definições:</b></p> <p><b>Episiotomia:</b> Incisão cirúrgica na região do períneo realizada durante o parto, antes da saída do bebê, com o objetivo de ampliar o canal de parto.</p> <p><b>Justificativa clínica:</b> Registro médico claro que justifique a necessidade da episiotomia com base em critérios clínicos.</p> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Do ponto de vista da gestão hospitalar, o acompanhamento deste indicador permite identificar eventuais desvios de conduta profissional, práticas desatualizadas ou falhas no processo de registro clínico. Seu monitoramento sistemático é uma ferramenta estratégica para qualificação da assistência, fortalecimento da segurança do paciente e promoção de práticas obstétricas centradas na mulher, além de contribuir com a conformidade institucional frente às políticas públicas de saúde.</li> <li>Adicionalmente, os dados produzidos por este indicador podem subsidiar ações de educação permanente, auditorias clínicas, revisões de protocolo e elaboração de planos de melhoria contínua. Dessa forma, ele se configura como um importante instrumento para o aprimoramento da qualidade da assistência obstétrica no âmbito do SUS e na gestão de serviços vinculados à Rede Cegonha.</li> <li>A informação deverá ser enviada por meio de <b>relatório complementar</b>, anexado à transmissão do SIMAS, com <b>periodicidade mensal</b>. O dado <b>não será extraído automaticamente do sistema</b>, sendo de responsabilidade da CONTRATADA elaborar e encaminhar documento específico contendo o número de episiotomias realizadas, acompanhado da justificativa clínica documentada conforme os critérios definidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES).</li> </ul> <p><b>Referências da meta:</b> MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. PORTARIA Nº 353, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017. [S. l.], 14 fev. 2017.</p> <p>BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento. Ministério da Saúde, [S. l.], v. 4, p. 1-467, 1 jan. 2014.</p>

**3.16. PROPORÇÃO DE RN VACINADOS COM 1ª DOSE DE VACINA CONTRA HEPATITE B**

Nome	Proporção de RN Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B
Conceituação	Proporção de recém-nascidos (RN) que receberam a primeira dose da vacina contra hepatite B preferencialmente nas <b>primeiras 12 horas e no máximo até 24 horas após o nascimento</b> , em relação ao total de nascidos vivos no mesmo período, na unidade de saúde.
Importância	A aplicação da primeira dose da vacina contra hepatite B em recém-nascidos nas primeiras 24 horas de vida constitui uma ação estratégica fundamental para a prevenção da transmissão vertical do vírus, especialmente durante o parto. A vacinação precoce reduz significativamente o risco de infecção crônica, complicações hepáticas graves e doenças como cirrose e câncer de fígado ao longo da vida. Esse indicador reflete a capacidade da unidade de saúde em assegurar uma assistência neonatal segura, oportuna e de qualidade, em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). O acompanhamento sistemático da proporção de recém-nascidos vacinados até 24 horas de vida permite monitorar o desempenho das práticas de imunização, identificar falhas operacionais nos fluxos assistenciais e orientar ações corretivas voltadas à qualificação da atenção perinatal, contribuindo para o cumprimento das metas pactuadas no âmbito da gestão contratual.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<p>(Número de recém-nascidos vacinados com a 1ª dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24h ÷ Número total de nascidos vivos no período) × 100</p> <p><b>a) Numerador:</b> Número de recém-nascidos vacinados com a 1ª dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24h</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de nascidos vivos no período</p> <p><b>Critério de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Total de recém-nascidos vivos nascidos na unidade de saúde no período avaliado.</li> </ul> <p><b>Critério de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida;</li> <li>● Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;</li> <li>● Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;</li> <li>● Contra-indicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de vida, devidamente registrada no prontuário do paciente e consolidada em relatório gerencial mensal, com apresentação de justificativa técnica e comprovação documental.</li> </ul> <p><b>Denominação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>RN:</b> Recém Nascido</li> </ul> <p><b>Referência</b></p> <p><b>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS HEPATITE B E COINFEÇÕES. PORTARIA SECTICS/MS Nº 25, DE 18 DE MAIO DE 2023, [S. 1], p. 1-104, 18 maio 2023.</p>

**3.17. PROPORÇÃO DE RN VACINADOS COM A VACINA BCG**

Nome	Proporção de RN Vacinados com a Vacina BCG
Conceituação	Refere-se à porcentagem de recém-nascidos (RN) que receberam a vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) em relação ao total de nascimentos ocorridos no período
Importância	Este indicador está diretamente relacionado à proteção da saúde infantil e à prevenção de formas graves da tuberculose em crianças, como a tuberculose meningea (afetando o sistema nervoso central) e a tuberculose miliar (forma disseminada da doença). Essas formas podem ser fatais ou deixar sequelas severas se não forem tratadas rapidamente. A proporção de RN vacinados com a vacina BCG também serve como um indicador da cobertura vacinal de um país ou região. Uma alta proporção de RN vacinados sugere que o sistema de saúde está conseguindo atingir a maior parte das crianças com as vacinas necessárias, especialmente em áreas onde a tuberculose é mais prevalente.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<p><b>a) Numerador:</b> Número de recém-nascidos vacinados com BCG (é a quantidade de recém-nascidos que receberam a vacina BCG no período) .</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número de recém-nascidos vivos com peso <math>\geq 2</math> kg, sem contraindicações e que permaneceram por pelo menos 24h na unidade.</p> <p><b>Critério de Inclusão</b> Recém-nascidos vivos com peso <math>\geq 2</math> kg, sem contraindicações clínicas ou imunológicas, que permaneceram ao menos 24 horas na unidade hospitalar.</p> <p><b>Critérios de Exclusão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Recém-nascidos de mães que usaram medicamentos que possam causar imunossupressão do feto durante a gestação.</li> <li>● Prematuros, até que atinjam 2 kg de peso.</li> <li>● Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida;</li> <li>● Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;</li> <li>● Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;</li> <li>● Contraindicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de vida, devidamente registrada no prontuário do paciente e consolidada em relatório gerencial mensal, com apresentação de justificativa técnica e comprovação documental.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A vacina BCG está <b>contraindicada em recém-nascidos com peso inferior a 2 kg</b>. Nesses casos, a vacinação deve ser adiada até que o bebê atinja <b>peso igual ou superior a 2 kg</b>.</li> <li>● A BCG deve ser aplicada nas primeiras horas de vida, <b>preferencialmente nas primeiras 12 horas, sempre que possível</b>.</li> </ul> <p><b>Referência</b> BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2024. Vacina BCG, [S. I.], p. 1-18, 1 jan. 2024.</p>

## INDICADORES RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR

### 3.18. NÚMERO DE CANCELAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS POR MOTIVAÇÃO ALHEIA AO PACIENTE

<b>Nome</b>	Número de Cancelamento de Cirurgias Eletivas por Motivação Alheia ao Paciente.
<b>Conceituação</b>	Número de cirurgias eletivas agendadas que foram canceladas por motivos não relacionados à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal no período
<b>Importância</b>	É um indicador fundamental para a avaliação da eficiência operacional e da qualidade da gestão hospitalar. Cancelamentos por causas não relacionadas à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal — como ausência de profissionais da equipe cirúrgica, falta de insumos, falhas de agendamento ou indisponibilidade de sala operatória — revelam falhas nos processos internos da unidade e comprometem a produtividade do centro cirúrgico, área de alto custo e complexidade. Além disso, tais cancelamentos impactam negativamente a experiência do paciente, gerando frustração, insegurança e, em alguns casos, atrasos no tratamento que podem agravar o quadro clínico. O monitoramento sistemático desse indicador permite identificar causas evitáveis, subsidiar a adoção de medidas corretivas e otimizar o uso dos recursos disponíveis, promovendo maior resolutividade e eficiência. Por fim, esse indicador também possui relevância estratégica dentro dos contratos de gestão, podendo ser utilizado como parâmetro para avaliação de desempenho institucional e como base para ajustes na gestão assistencial e administrativa da unidade.
<b>Método de Cálculo</b>	Envio mensal do relatório.
<b>Definição</b>	<p>Para fins deste contrato, consideram-se motivações alheias ao paciente, e, portanto, de responsabilidade da CONTRATADA, as seguintes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de profissional da equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista ou equipe de enfermagem de apoio);</li> <li>• Falta de insumos, materiais médico-hospitalares ou medicamentos necessários à realização do procedimento;</li> <li>• Indisponibilidade de sala cirúrgica por falha de gestão de agenda ou superlotação evitável;</li> <li>• Inoperância de equipamentos cirúrgicos ou de apoio essenciais à realização do ato cirúrgico (por omissão da gestão da unidade);</li> <li>• Interdições administrativas ou sanitárias decorrentes de não conformidades sob responsabilidade da CONTRATADA;</li> <li>• Falhas de agendamento, erro de planejamento ou duplicidade de marcação;</li> <li>• Ausência de autorização administrativa interna prévia necessária para a execução do procedimento.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A CONTRATADA deverá apresentar, nos relatórios de desempenho, a consolidação dos dados referentes a este indicador, incluindo justificativas detalhadas para cada cancelamento ocorrido por motivo alheio ao paciente, acompanhadas das medidas corretivas adotadas. Deverá ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS).</li> </ul> <p><b>Referências:</b></p> <p>Santos, G. A. A. C., &amp; Bocchi, S. C. M. (2018). Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. Revista brasileira de enfermagem, 71(6), 2736-2742. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/j/reben/a/BXvqtZW4ttnryHSC6FJSmyg/?format=pdf&amp;lang=pt">https://www.scielo.br/j/reben/a/BXvqtZW4ttnryHSC6FJSmyg/?format=pdf&amp;lang=pt</a></p> <p>Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital escola: causas e estatísticas. Enfermería Global. Nº 59 Julho 2020. Disponível em: <a href="https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-286.pdf">https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-286.pdf</a></p> <p>Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional - SciELO. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/j/reusp/a/jw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ry/">https://www.scielo.br/j/reusp/a/jw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ry/</a></p>

### 3.19. ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO DE LEITOS

Nome	Índice de Intervalo de Substituição de Leitos
Conceituação	Mensurar o tempo médio que o leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a ocupação por outro.
Importância	Este indicador é fundamental para avaliar a eficiência na gestão de leitos hospitalares, especialmente em contextos com alta demanda e recursos limitados. Altos valores podem indicar ineficiência na rotatividade de leitos, impactando negativamente o acesso de novos pacientes e a produtividade hospitalar. Já valores muito baixos, se não acompanhados de qualidade assistencial, podem sugerir pressão excessiva sobre os fluxos de internação e alta. Assim, o índice auxilia no equilíbrio entre eficiência operacional e segurança assistencial.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<p><b>a) Numerador</b> – Taxa de desocupação (100 - Taxa de ocupação) x Média de permanência</p> <p><b>b) Denominador</b> – Taxa de ocupação hospitalar</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitos de enfermária</li> <li>• Leitos efetivamente ocupados por pacientes, pois são esses que precisam ser avaliados quanto à sua utilização no cálculo do índice.</li> <li>• <b>Apenas</b> leitos que estão sendo usados por pacientes em tratamento ativo, e não leitos reservados para emergências, cirurgias programadas, ou situações especiais como isolamento.</li> <li>• Leitos não vinculados à Central de Regulação, sob controle do próprio hospital.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitos que estão temporariamente fora de operação (ex.: em reforma, manutenção ou bloqueados por qualquer motivo).</li> <li>• Se o leito está ocupado por um paciente em observação que pode ser liberado rapidamente, isso pode não refletir a verdadeira ocupação a longo prazo, então esses leitos podem ser excluídos.</li> <li>• Pacientes que estão na fase final de alta e que não irão ocupar o leito por mais de 24 horas podem ser excluídos, para garantir que o cálculo da taxa de ocupação reflita a utilização efetiva.</li> <li>• Leitos hospitalares gerenciados pela Central de Regulação.</li> </ul> <p><b>Referência da meta:</b> ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. <b>Observatório ANAHP.</b> 15ed. São Paulo: ANAHP, 2024.</p> <p><b>Referências:</b> BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. TERMINOLOGIA BÁSICA EM SAÚDE. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, [S. l.], p. 4-50, 1 jan. 1987.</p>

### INDICADOR RELACIONADO À VIGILÂNCIA DO ÓBITO

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

<b>Nome</b>	Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais (>=24h).
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Importância</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador/ denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente ( óbitos institucionais) revisados, no mês.</p> <p><b>b)Denominador:</b> Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente ( óbitos institucionais), em um mês.</p> <p><b>Crítérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas óbitos ocorridos dentro da instituição.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Óbitos com menos de 24h de internação;</li> <li>• Pacientes transferidos com evolução final em outra instituição.</li> </ul> <p><b>Público-alvo :</b> Pacientes internados em hospitais.</p> <p><b>Observação 01:</b> 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.</p> <p><b>Observação 02:</b> 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.</p> <p><b>Observação 03:</b> 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.</p> <p><b>Referência da Meta:</b> BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. E- EFT-02, [S. l.], p. 1-7, 1 nov. 2012.</p>

### 3.21. PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS

Nome	Proporção de Óbitos Maternos Investigados
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos maternos investigados no período, e o número de total de óbitos maternos no mesmo período.
Importância	A investigação dos óbitos maternos permite identificar se as mortes poderiam ter sido evitadas com uma melhor intervenção. Muitas mortes maternas são preveníveis com cuidados adequados durante a gestação, parto e pós-parto. Ao investigar cada caso, é possível identificar falhas no sistema de saúde,
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<p><b>a) Numerador:</b> Número de óbitos maternos investigados, no mês.</p> <p><b>Critério de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os óbitos de mulheres, com idade entre 10 e 49 anos, cuja causa básica esteja classificada como óbito materno (CID-10: O00-O99) e que tenham sido devidamente investigados no mês de referência, conforme os protocolos vigentes.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b> Não se aplica</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número Total de Óbitos Maternos: Total de falecimentos de mulheres por causas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto) no período analisado.</p> <p><b>Crítério de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluem-se todos os óbitos que ocorreram durante a gestação, no parto ou até 42 dias após o parto (puerpério), sendo definidos como óbitos maternos de acordo com as normas internacionais.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Óbitos de mulheres que ocorreram após 42 dias do parto (não mais considerados óbitos maternos).</li> </ul> <p><b>Referência:</b> BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, . Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1., p. 5-83, 1 dez. 2009.</p>

### 3.22. PROPORÇÃO DE ÓBITOS FETAIS ANALISADOS

Nome	Proporção de Óbitos Fetais Analisados
Conceituação	Proporção da quantidade de óbitos fetais, que são analisados em relação ao total de óbitos fetais registrados em um determinado período.
Importância	A importância da Proporção de Óbitos Fetais Analisados, está diretamente relacionada à melhoria da saúde materno-infantil e à prevenção de mortes fetais futuras. A análise dessa proporção ajuda a entender melhor as causas dos óbitos e proporciona dados cruciais para a implementação de políticas públicas e a melhoria da qualidade do atendimento obstétrico.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<p><b>a) Numerador:</b> Número de Óbitos Fetais Analisados - Refere-se à quantidade de óbitos fetais para os quais foi realizada uma investigação formal (como autópsia fetal, exames clínicos, etc.)</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número Total de Óbitos Fetais - É o total de óbitos fetais registrados no período, independentemente de terem sido ou não analisados.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Óbito fetal ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias;</li> <li>• Fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Óbitos fetais ocorridos antes da 22ª semana de gestação;</li> <li>• Óbitos fetais de gestações múltiplas;</li> <li>• Óbitos fetais por causas externas.</li> </ul> <p><b>Observação:</b>  <b>Óbito fetal:</b> É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais.</p> <p><b>Referência:</b>  <b>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Série A. Normas e Manuais Técnicos, [S. l.], p. 5-83, 1 jan. 2009.</p>

## INDICADOR RELACIONADO À ATENÇÃO AO USUÁRIO

### 3.23. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

<b>Nome</b>	Satisfação do Usuário.
<b>Conceituação</b>	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
<b>Importância</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>Índice de Satisfação (90%):</b></p> <p><b>a) Numerador:</b> Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.</p> <p><b>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</b></p> <p><b>a) Numerador:</b> Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico e consultas ambulatoriais.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de consultas ambulatoriais e de saídas hospitalares.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os usuários do sistema. (pacientes e acompanhantes)</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisas com respostas consideradas negativas</li> </ul> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Interpretações:</b></p> <p><b>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</b> 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.</p> <p>O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10% dos atendimentos ambulatoriais e altas melhoradas) resultará na atribuição de <b>pontuação zero</b> ao indicador no Índice Global de Qualidade.</p> <p><b>Índice de Satisfação (90%):</b> 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:</p> <p>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 <b>índice de Satisfação (90%)</b> e para o <b>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%)</b>, impossibilitará a análise do indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como <b>descumprimento da meta estabelecida</b>.</p>
<b>PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>	

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco SES/PE Nome da OSS que administra	<b>PESQUISA DE SATISFAÇÃO</b> Sua opinião é muito importante para melhorarmos nosso atendimento!	DATA: ____/____/____				
UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____						
Qual sua opinião sobre o atendimento prestado, com relação aos itens listados abaixo?	Marque com um "X" a alternativa mais próxima à sua opinião					
	 ÓTIMO (5 pontos)	 BOM (4 pontos)	 REGULAR (3 pontos)	 RUIM (2 pontos)	 PÉSSIMO (1 ponto)	NÃO UTILIZEI
Instalações (Sala de Espera, Consultórios, banheiros, etc)						
Limpeza Geral						
Atendimento na Recepção						
Tratamento da Segurança						
Atendimento do Médico						
Atendimento da Enfermagem						
Exames Realizados						
Informações sobre Tratamento a ser seguido						
Para perguntas cuja resposta seja "Não utilizei" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos						

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

### 3.24. ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS

<b>Nome</b>	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período
<b>Importância</b>	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutive e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de queixas recebidas no mesmo período.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Período de análise compatível: Apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual).</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não se aplica</li> </ul> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para o Registro de Queixas a <b>CONTRATADA</b> deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela <b>CONTRATADA</b> para resolução das queixas registradas. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de ouvidoria.</li> <li>Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual deverá ser importada no referido sistema e transmitida à SES/PE mensalmente.</li> <li>As queixas, que devem ser apresentadas na íntegra, e o tratamento dado às mesmas serão apresentados à CTAI por meio do SIMAS, sendo que a referida comissão irá avaliar a qualidade do tratamento dado, aprovando ou não os encaminhamentos dados.</li> <li>A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de aceitação das respostas às queixas registradas.</li> </ul> <p><b>Interpretações:</b></p> <p><b>CTAI:</b> Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão;</p> <p><b>SIMAS:</b> Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais;</p> <p><b>Entende-se por queixa</b> o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente.</p> <p><b>Entende-se por resolução</b> o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018.</p> <p>A CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas às queixas registradas:</p> <p><b>1. Pertinência da Resposta</b></p> <p>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.</p> <p><b>2. Adequação da Solução Apresentada</b></p> <p>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.</p> <p><b>3. Cumprimento dos Prazos</b></p> <p>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).</p>

**4. Clareza e Linguagem Adequada**

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

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

**5. Provas Documentais (se aplicável)**

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

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

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

**Referências:**

Lei Estadual 16.420/2018

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>

Taxa de Resolutividade (TR) - Portal de Dados Abertos. Disponível em: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/taxa-de-resolutividade-tr>

**INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA****3.25. QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA**

<b>Nome</b>	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.
<b>Conceituação</b>	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
<b>Importância</b>	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a <b>CONTRATADA</b> divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
<b>Método de Cálculo</b>	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SEAS/SES.
<b>Definição</b>	<p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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/SEAS/SES.</li> </ul> <p><b>Referências:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolução TCE/PE no 33, de 06 de junho de 2018;</li> <li>- Resolução TCE/PE no 68, de 11 de dezembro de 2019;</li> <li>- Resolução TCE/PE no 82, de 16 de abril de 2020;</li> <li>- Resolução TCE/PE no 95, de 10 de junho de 2005;</li> <li>- Resolução TCE/PE n o 117 de 15 dezembro 2020;</li> <li>- Resolução TCE/PE no 154 de 15 dezembro 2021;</li> <li>- Lei Federal no 12.527/2011;</li> <li>- Recomendação do Ministério Público Federal - MPF no 07/2017, IC no 1.26.000.000983/2017-79; e</li> <li>- Caderno de Transparência das Organizações Sociais de Saúde da Secretaria da Controladoria-Geral do Estado de Pernambuco - SCGE em conjunto com a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco-SES/PE.</li> </ul> <p>Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência</p>

UNIDADE:		FICHA DE AVALIAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA	
OSS:		DATA:	
TRIMESTRE:		AVALIADOR:	
MENU	INFORMAÇÃO	SITUAÇÃO:	OBSERVAÇÃO
1. INSTITUCIONAL	1. Nome da OSS de vinculação	Atualizado	
	2. CNPJ da OSS de vinculação	Atualizado	
	3. Apresentação da entidade	Atualizado	
	4. Nome da unidade de saúde	Atualizado	
	5. CNPJ da unidade de saúde	Atualizado	
	6. Endereço	Atualizado	
	7. Telefone	Atualizado	
	8. Horário de atendimento	Atualizado	
2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	1. Regime de atendimento	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. Experiência 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	
	1. Regulamentos	Atualizado	
14. CONTRATAÇÕES	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	
15. RECURSOS HUMANOS	3.3 Aquisição de Bens		
	3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	1. Regulamento para recrutamento de pessoal	Atualizado	
16. BENS PÚBLICOS	2. Servidores públicos cedidos	Atualizado	
	1. Relatório dos bens públicos	Atualizado	
17. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - SIC	1. Atendimento Eletrônico	Atualizado	
	2. Atendimento Presencial	Atualizado	
	3. Relatório Estatístico - PAI	Atualizado	
		Atualizados: 47 Desatualizados: 0 Incompletos: 0 Inexistentes: 0	DESEJADO = 75% - 100% MODERADO = 50% - 75% INSUFICIENTE = 25% - 50% CRÍTICO = 0% - 25% INEXISTENTE = 0%
ASSINATURA	NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA:	100,00%	DESEJADO

Fundamentação Legal

- Lei Federal nº 12.527/2011;
- Recomendação do Ministério Público Federal - MPF nº07/2017, IC nº1.28.000.000983/2017-79;
- Resoluções do TCEPE nº 117 de 15 Dez 2020 e nº 154 de 15 Dez 2021;
- Lei Estadual nº 15.210/2013.

## INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE

### 3.26. TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

<b>Nome</b>	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente..
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Importância</b>	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela <b>CONTRATADA</b> 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.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente.</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc.</li> <li>• Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades educacionais realizadas fora do período analisado.</li> </ul> <p><b>Interpretações:</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>Referências:</b></p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.</p> <p>Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.</p> <p>Franco TB, Merhy EE. Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.</p> <p>Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027 - SES-AM. Disponível em: <a href="https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf">https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf</a>.</p>



Documento assinado eletronicamente por **Gil Mendonça Brasileiro**, em 19/06/2025, às 14:03, 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 20/06/2025, às 10:14, 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](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **68839279** e o código CRC **CD928C3A**.

---

**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongi, Recife/PE - CEP 50751-530, Telefone: