



13º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 026/2022, QUE ENTRE SI ESTABELECEM, O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE), E O 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**, através da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, entidade de direito público interno, com sede nesta cidade, na Rua Dona Maria Augusta, nº 519, Bongi, Recife/PE, CEP: 50.751-535, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, neste ato representada por sua Secretária, Dra. **ZILDA DO REGO CAVALCANTI**, nomeada pelo Ato nº 024, publicado no Diário Oficial do Estado em 02/01/2023, doravante denominada **CONTRATANTE**, e, do outro lado, a Organização Social de Saúde 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 396/2025 da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI (id. 76197959), o Parecer nº 074/2025 da Comissão Mista de Avaliação (id. 77018991), o Despacho nº 1343 da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão (id. 77764438) e os demais documentos constantes do Processo nº 2300001337.000041/2025-00.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente Termo Aditivo a repactuação e padronização das metas dos indicadores de Infecção Hospitalar – UTI Neonatal, UTI Adulto e infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea, no âmbito do Contrato de Gestão nº 026/2022, conforme disposto nos Anexos I, II e III deste Termo Aditivo.

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente **TERMO ADITIVO** terá seu termo inicial contado a partir da data de assinatura deste instrumento e seu termo final coincidirá com o término da vigência do Contrato de Gestão nº 026/2022.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO

4.1. 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 QUINTA – DO FORO

5.1. 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.

ZILDA DO REGO CAVALCANTI
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE

GIL MENDONÇA BRASILEIRO
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
CONTRATADO

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

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

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados 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);
- Garantia de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes no pré-parto, parto e pós-parto imediato, idosos, pessoas com deficiência e mulheres, conforme assegurado pela legislação vigente que regulamenta o SUS, incluindo: o Estatuto da Criança e do Adolescente (**Lei nº 8.069/1990**); a Lei do Acompanhante para Gestantes (**Lei nº 11.108/2005**); o Estatuto do Idoso (**Lei nº 10.741/2003**); a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (**Lei nº 13.146/2015**); a **Lei nº 14.737/2023**, que dispõe sobre o direito à presença de acompanhante para mulheres

em estabelecimentos de saúde; e a Lei nº **15.139/2025** (Lei do Luto Materno), que assegura à mãe o direito de contar com a presença de acompanhante escolhido durante a assistência ao parto quando se tratar de natimorto;

- 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	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	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	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	
	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	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	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	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	
	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	
Número de cirurgias realizadas	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	1.320

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

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/neonatal; Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto/neonatal; Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea; Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden); Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (por mil); Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA; Acolhimento com classificação de risco; Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Assistência Perinatal Hospitalar:** Taxa de cobertura da testagem para sífilis (teste rápido) na admissão de gestantes na maternidade; Taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes na maternidade; Percentual de gestantes com sífilis diagnosticada no parto que iniciaram tratamento, junto com o recém-nascido, durante a internação hospitalar; Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada; Proporção de episiotomias realizadas com registro de justificativa clínica documentada; Proporção de recém-nascidos vacinados com 1ª dose de vacina Contra Hepatite B; Proporção de

recém-nascidos vacinados com a vacina BCG. **Eficiência da Gestão Hospitalar:** Taxa 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 (>=24h); Proporção de óbitos maternos investigados; Proporção de óbitos fetais analisados. **Atenção ao Usuário:** Satisfação do usuário; Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. **Transparência:** Qualidade da publicação das informações de transparência. **Educação Permanente:** Taxa de execução do Plano de Educação Permanente.

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	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	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	3	53
		≤ 4,7 Pontuação: 4.		
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	>4,7 e ≤ 12,6 Pontuação: 2.	4	
		> 12,6 Pontuação: 0.		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto	≤ 7,1 Pontuação: 4.		
		7,1 > e ≤ 12,3 Pontuação: 2.	4	
		> 12,3 Pontuação: 0.		
Qualidade da assistência saúde	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI neonatal	≤ 10,6 Pontuação: 4.		
		> 10,6 e ≤ 20,9 Pontuação: 2.	4	
		> 20,9 Pontuação: 0.		
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto	≤ 13,8 Pontuação: 4.		
		>13,8 e ≤ 25,1 Pontuação: 2.	4	
		> 25,1 Pontuação: 0.		
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI neonatal	≤ 5,3 Pontuação: 4.		
		> 5,3 e ≤ 9,1 Pontuação: 2.	4	
		> 9,1 Pontuação: 0.		
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	≤ 1,7% Pontuação: 4.		
		> 1,7% e ≤ 3,5% Pontuação: 2.	4	
		> 3,5% Pontuação: 0.		
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.	4	
		A incidência de LPP no Grupo B (Braden ≤12) for igual ou inferior a 11,1%. (Obs: Com plano de cuidados documentado).	2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 paciente-dia	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.	3	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 1	até 0,1%	4	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2	até 5,4%	4	

Assistência Perinatal Hospitalar	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3	até 17,8%	2	18
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4	até 65,4%	1	
	Acolhimento com classificação de risco	Enviar o relatório da classificação de risco.	3	
	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)	Envio do Relatório de Segurança do paciente.	3	
	Taxa de cobertura da testagem para sífilis (teste rápido) na admissão de gestantes na maternidade	Atingir 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar.	3	
	Taxa de cobertura da testagem rápida para HIV na admissão de gestantes na maternidade	Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar.	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.	3	
	Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada.	Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentalizados.	2	
	Proporção de episiotomias realizadas com registro de justificativa clínica documentada	Assegurar justificativa clínica documentada em 100% das episiotomias realizadas.	3	
	Proporção de recém-nascidos vacinados com 1ª dose de vacina contra hepatite B	Atingir 100% dos recém-nascidos vacinados nas primeiras 12 horas de vida.	2	
Eficiência da Gestão Hospitalar	Proporção de recém-nascidos vacinados com a vacina BCG	Atingir 100% dos recém-nascidos vacinados.	2	6
	Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente	Envio da Informação	3	
	Índice de intervalo de substituição de leitos	≤1,64 dias	3	
		Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais	3	
Vigilância do Óbito	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h)	Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais	2	9
		Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais	0	
		Investigar 100% dos óbitos maternos	3	
	Proporção de óbitos maternos investigados	Investigar menos que 100% dos óbitos maternos	0	
		Analisar 100% dos óbitos fetais	3	
	Proporção de óbitos fetais analisados	Analisar menos que 100% dos óbitos fetais	0	
Atenção ao Usuário	Satisfação do usuário	Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%	3	6
		Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e < 90,0%	2	
		Aferir satisfação do usuário ≥ 70,0% e < 80,0%	1	

		Aferir satisfação do usuário < 70%	0	
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido	3	
		Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	4	
		Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	3	
Transparência	Qualidade da publicação das informações de transparência	Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	2	4
		Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	1	
		Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	0	
		90,0% a 100% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4	
Educação Permanente	Taxa de execução do Plano de Educação Permanente	80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	2	4
		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	
TOTAL				100

Obs 01: Em relação ao Índice Global de Qualidade, informa-se que, a partir do Termo Aditivo que acompanha este Anexo Técnico, os resultados obtidos serão submetidos à análise avaliativa, com base nas metas estabelecidas e nos critérios definidos no Contrato de Gestão. Conforme o desempenho apurado, poderá haver aplicação de descontos proporcionais, nos termos das disposições contratuais vigentes.

Quadro 03 - Indicadores Quantitativos de Acompanhamento - Sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO

TIPO	INDICADOR	META
	Número de consultas realizadas por outros profissionais de nível superior, não médicos	Envio da Informação
Produção	Número de procedimentos de SADT por tipo	Envio da Informação
	Número de partos realizados: vaginais e cesáreos	Envio da Informação

Quadro 04 - Indicadores Qualitativos de Acompanhamento - Sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUALITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO

TIPO	INDICADOR	META
Qualidade	Proporção de gestantes com acompanhante durante <i>toda</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)	Envio da Informação

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

4.3. 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**.

4.4. 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:

☒ Internamento

☒ Atendimento de Urgências e Emergências

☒ Atendimento Ambulatorial

☒ Cirurgias Eletivas e de Urgência

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

1.2. O montante anual do orçamento econômico-financeiro 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.

1.3. 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.

1.4. 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.

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

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

1.6.1. 70% (setenta por cento) do valor mencionado no item 1.3. acima, ou seja, **R\$ 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)**.

1.6.2. 20% (vinte por cento) do valor mencionado no item 1.3. 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.

1.6.3. 10% (dez por cento) do valor mencionado no item **1.3.** 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.

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

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

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

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

1.11. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistemas de Informações Hospitalares (SIH), de acordo com os prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

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

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

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

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

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

1.17. A pactuação de serviços contratualizados neste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam e especificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, caso condições e/ou ocorrências excepcionais incidam de forma intensa sobre as atividades da unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada. Destaca-se que a celebração de quaisquer Termos Aditivos que impliquem alteração orçamentária resultará no ajuste automático dos percentuais estabelecidos neste instrumento, em conformidade com os valores atualizados.

1.18. 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
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
	Acima do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	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
	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
Número de atendimentos de urgência e emergência realizado por profissional médico e de enfermagem	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
	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
Número de cirurgias realizadas	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

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 QUANTITATIVOS (PRODUÇÃO) - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

QUADRO 01: Especificação Geral dos Indicadores Quantitativos (produção) com Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE

TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
	Número de saídas hospitalares	Total de saídas hospitalares	Atingir o quantitativo de 500 saídas hospitalares por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de consultas médicas realizadas	Total de consultas médicas ambulatoriais	Realizar 750 consultas médicas em regime ambulatorial	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
Produção	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 11.000 atendimentos de urgência/emergência por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de cirurgias realizadas	Total mensal de cirurgias realizadas	Realizar 110 cirurgias mensais , informando a produção por especialidade médica responsável pelos procedimentos	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

2.1.1. NÚMERO DE SAÍDAS HOSPITALARES

O indicador de saídas hospitalares vai identificar a quantidade de saídas hospitalares – aquelas que geram AIHs – 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\$)
	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
Número de saídas hospitalares	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

2.1.2. 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

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

O indicador de atendimentos de urgência e emergência demonstra a quantidade desses atendimentos realizados mensalmente pela unidade. Para efeitos de monitoramento, consideram-se os atendimentos prestados por profissional médico e por enfermeiro no respectivo serviço.

Os valores de pagamento serão definidos conforme o desempenho aferido nesse 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\$)
Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	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\$)
Número de cirurgias realizadas	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) E QUALIDADE - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

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

Seguem abaixo os indicadores de PRODUÇÃO **sem valoração** financeira:

Quadro 02 - Indicadores Quantitativos - Sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE

TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO	DE
PRODUÇÃO	Número de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico	Total de consultas individuais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico	Apresentar o quantitativo de consultas ambulatoriais realizadas por profissionais de nível superior, exceto médico	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 INDIVIDUAIS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICO.

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, exceto médicos.

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: VAGINAIS E CESÁREOS

O indicador corresponde à quantidade total de partos realizados, discriminados entre partos vaginais e cesarianas, sendo um indicador de produção sem valor financeiro. 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.

Segue abaixo os Indicadores QUALITATIVOS - **Sem valoração financeira**:

Quadro 03 - Indicadores Qualitativos - Sem Valoração Financeira

TIPO	INDICADOR DE QUALIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
QUALIDADE	Proporção de gestantes com acompanhante durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).	Total de gestantes acompanhadas durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).	Apresentar informações sobre o quantitativo de gestantes que foram acompanhadas durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.

2.2.4. PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ACOMPANHANTE DURANTE *TODO* O PROCESSO ASSISTENCIAL AO PARTO (PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO)

Este indicador, sem valoração financeira, mensura a proporção de gestantes que contaram com a presença de um acompanhante de sua escolha em todas as etapas do parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato). Seu objetivo é monitorar a efetivação de um direito legalmente assegurado, fortalecer a humanização da assistência obstétrica e promover acolhimento e apoio emocional às parturientes. As informações deverão ser enviadas pelo SIMAS ou outra TIC definida pela Contratante até o 20º dia do mês subsequente, conforme detalhamento disponível na ficha técnica do Anexo III.

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:

Quadro 04 - Indicadores Qualitativos (Índice Global 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	3	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 ao trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI.	≤ 4,7 >4,7 e ≤ 12,6 > 12,6	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4
	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.	≤7,1 >7,1 e ≤12,3 >12,3	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4
	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.	≤10,6 >10,6 e ≤ 20,9 > 20,9	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4
	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.	≤13,8 >13,8 e ≤25,1 >25,1	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4
	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.	≤ 5,3 > 5,3 e ≤ 9,1 > 9,1	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4

		≤ 1,7%	Pontuação: 4.		
Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea.	Avaliar a qualidade e a segurança do cuidado cirúrgico prestado às pacientes submetidas à cesariana.	> 1,7% e ≤ 3,5%	Pontuação: 2.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4
		> 3,5%	Pontuação: 0.		
Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes adultos internados, de acordo com a classificação de risco obtida pela Escala de Braden.	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.			4
		A incidência de LPP no Grupo B (Braden ≤12) for igual ou inferior a 11,1%. (Obs: Com plano de cuidados documentado).		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2
Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia.	Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.	≤2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3
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%		Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	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%		Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	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%		Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	2
Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 4.	Monitorar e avaliar a segurança e qualidade do atendimento cirúrgico para pacientes com condições clínicas graves e instáveis.	até 65,4%		Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	1
Acolhimento com Classificação de Risco.	Certificar que os pacientes atendidos em unidades de urgência e emergência,	Enviar o relatório da classificação de risco.		Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3

		recebam a devida atenção conforme a gravidade e urgência de seu quadro clínico.			
	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	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
Assistência Perinatal Hospitalar					18
	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 de Gestantes na Maternidade.	Assegurar a identificação precoce de gestantes com infecção pelo HIV no momento da admissão hospitalar para o parto.	Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3
	Percentual de Gestantes com Sífilis Diagnosticada no Parto que Iniciaram Tratamento Junto com o Recém-Nascido durante a Internação Hospitalar.	Assegurar o início oportuno do tratamento da sífilis em gestantes diagnosticadas no parto e em seus recém-nascidos durante a internação hospitalar.	Alcançar 100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento iniciado durante o internamento hospitalar.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3
	Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada.	Garantir que os partos instrumentalizados, como fórceps e vácuo-extrator, sejam realizados de forma criteriosa, com base em indicações clínicas devidamente registradas.	Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentalizados.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	2
	Proporção de episiotomias realizadas com justificativa clínica registrada.	Monitorar a conformidade da realização da episiotomia com as boas práticas obstétricas, assegurando que esse procedimento seja realizado apenas quando clinicamente necessário.	Assegurar justificativa clínica documentada em 100% das episiotomias realizadas.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3
	Proporção de recém-nascidos Vacinados com 1ª	Monitorar, analisar e avaliar as ações de promoção e de proteção à saúde e	Atingir 100% dos recém-nascidos vacinados nas	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2

Eficiência da Gestão Hospitalar	Dose de Vacina Contra Hepatite B.	a qualidade da assistência prestada ao recém-nascido.	primeiras 12 horas de vida.			
	Proporção de recém-nascidos vacinados com a vacina BCG.	Monitorar, analisar e avaliar as ações de promoção e de proteção à saúde e a qualidade da assistência prestada ao recém-nascido.	Atingir 100% dos recém-nascidos vacinados.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2	
	Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente.	Identificar falhas nos processos administrativos e operacionais que levam ao cancelamento de cirurgias.	Envio da Informação	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
	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	3	6
Vigilância do Óbito			Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais.		3	
	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h).	Revisar os óbitos que ocorreram após 24 horas de internação.	Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais.	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	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	9
Atenção ao Usuário			Investigar menos que 100% dos óbitos maternos.		0	
	Proporção de óbitos 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	
	Satisfação do usuário.	Aferição mensal do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes atendidos.	Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%		3	
			Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e < 90,0%		2	
			Aferir satisfação do usuário ≥ 70,0% e < 80,0%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	1	6
			Aferir satisfação do usuário < 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 desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	4	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE	4
			Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	3		
			Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	2		
			Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	1		
			Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) 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.	90,0% a 100% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4
			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		
TOTAL						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

As fichas técnicas a seguir têm como finalidade detalhar os principais indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da qualidade dos serviços ofertados pela **CONTRATADA**. Cada ficha apresenta a conceituação do indicador, sua relevância, a fórmula de cálculo (quando aplicável), definições e observações pertinentes que auxiliarão no correto envio das informações à Secretaria Estadual de Saúde (SES). Esses indicadores orientam a gestão por resultados, promovem a transparência dos processos e contribuem para a melhoria contínua da assistência prestada, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A seguir, são disponibilizadas as fichas técnicas:

INDICADORES RELACIONADOS À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

Nome	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta
Conceituação	Percentual de pacientes que foram reinternados no hospital em até 30 dias após a alta hospitalar decorrente de procedimento cirúrgico, por motivo clinicamente relacionado à cirurgia realizada.
Importância	Indicador essencial para monitorar a eficácia dos protocolos de controle de infecção, garantindo que as cirurgias, especialmente as limpas, sejam realizadas de maneira segura e eficaz. A redução dessa taxa resulta em melhores resultados para os pacientes, menores custos hospitalares e maior qualidade no cuidado prestado.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de reinternações que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas cirúrgicas que constam no denominador (saídas no mês anterior ao mês de competência).

Critérios de inclusão:

- Motivo do internamento compatível com complicações pós-operatórias (ex: infecção de sítio cirúrgico, deiscência, hemorragia, tromboembolismo, etc.);
- Internamento hospitalar (não inclui atendimentos ambulatoriais ou em pronto atendimento sem internação).
- Reinternações hospitalares ocorridas no mesmo estabelecimento, dentro de 30 dias corridos, com diagnóstico relacionado ao procedimento cirúrgico inicial, conforme CID

Critérios de Exclusão:

- Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos;
- Reinternações eletivas programadas ou previamente agendadas no momento da alta;
- Reinternações em até 30 dias por trauma ou outra condição aguda não relacionada à cirurgia inicial.

b) Denominador: Total de saídas cirúrgicas no mês anterior ao mês de competência.

Critérios de inclusão:

- Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico hospitalar (eletivo ou de urgência/emergência);
- Alta hospitalar ocorrida no período de análise (ex: mês, trimestre, ano);
- Alta com condição de alta definitiva (exclui transferências);
- Procedimentos realizados em centro cirúrgico (cirurgias propriamente ditas, não procedimentos ambulatoriais ou de diagnóstico).

Critérios de Exclusão:

- Não se aplica

Observação 01:

- Para a estratificação das reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída do seu primeiro internamento.

Observação 02:

- **Fonte de dados:** As informações para cálculo deste indicador deverão ser extraídas, preferencialmente, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), com base nos registros de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), e complementadas por dados do prontuário eletrônico e dos sistemas de gestão da unidade, quando necessário.
- A contagem do prazo de 30 dias tem início no **dia seguinte à data da alta hospitalar** do paciente. A unidade de análise será a **coorte mensal de altas hospitalares** decorrentes de procedimento cirúrgico. A reinternação deve ocorrer **na mesma unidade hospitalar** e ser registrada no mesmo sistema de informação hospitalar (ex: SIH-SUS), com codificação compatível com complicações cirúrgicas.
- 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.

Referência da meta:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). *Ficha técnica - Proporção de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.* Qualiss. [S.l.], 1 abr. 2018. p. 1–5.

Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Sítio cirúrgico: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde.* Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde; Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Brasília: Anvisa, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde.* Brasília: Anvisa, 2017.

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

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

- Infecção do trato urinário em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior.

Observação 03: O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de trato urinário associada a cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD. Quanto menor a taxa de infecção de trato urinário associada a CVD, melhor.

Observação 04:

Pacientes que chegam à UTI já com o dispositivo cateter vesical de demora ou sonda de Foley **não são incluídos no cálculo do indicador**, pois a instalação inicial do dispositivo não foi realizada pela equipe da UTI e, portanto, não reflete a qualidade da assistência da unidade.

Caso o paciente seja **removido do dispositivo e posteriormente re-inserido na UTI**, a contagem de pacientes-dia e potenciais eventos de infecção associada ao dispositivo **começa a partir da reinserção feita na própria UTI**, garantindo que o indicador avalie exclusivamente a assistência prestada pela unidade.

NOTA:

Todos os pacientes internados em unidades de terapia intensiva devem ser monitorados de forma sistemática quanto ao uso de dispositivos invasivos, com a adoção de medidas preventivas fundamentadas em evidências científicas, em conformidade com as recomendações do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), visando à redução do risco de infecções associadas e à garantia da segurança do paciente.

Referência da meta: Para definição da meta foram considerados dois parâmetros complementares: (i) média histórica do indicador nos últimos três anos (2021–2023), utilizada para contextualizar o desempenho da unidade; e (ii) percentis 75 e 90 do consolidado estadual/ANVISA no ano de 2023, empregados como referência comparativa para definição dos limites de corte (desempenho esperado e desempenho superior).

A meta final resulta do alinhamento entre esses parâmetros, assegurando que seja factível (com base no histórico próprio) e desafiadora (com base em benchmark atualizado).

Referências:

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). *Observatório ANAHP*. 3. ed. São Paulo: ANAHP, 2011.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). *Observatório ANAHP 2019: publicação anual*. 11. ed. São Paulo: ANAHP, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Instrução Normativa n.º 4, de 24 de fevereiro de 2010*. Brasília: Anvisa, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde*. Brasília: Anvisa, set. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde: indicador nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde*. *Boletim Informativo*, v. 1, n. 3, Brasília, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva*. Nota Técnica GVIMS/GGTEs n.º 03/2019. Brasília: Anvisa, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Critérios diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde*. Resolução n.º 07, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010.

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

Nome	Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, Associada à Cateter Venoso Central em UTI Adulto / UTI Neonatal
Conceituação	<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) 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 obstétrica, pediátrica 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>
Importância	Indicador essencial para o controle de infecções hospitalares. Ele reflete diretamente as práticas de cuidados intensivos e contribui para a melhoria da qualidade assistencial nas UTIs. Monitorar e reduzir essa taxa é fundamental para a segurança do paciente e para garantir um atendimento eficaz e com menor risco de complicações associadas a infecções graves.
Método de Cálculo	<p>Numerador / denominador x 1000</p> <p>a) Numerador: Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês.</p> <p>Critérios de inclusão :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>Critérios de Exclusão :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.). <p>b) Denominador: Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.). • Pacientes admitidos na UTI já com cateter venoso central instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI). <p>Observações:</p> <p>Definição</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior. • A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo. • Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente. • NÃO são considerados cateteres centrais para fins de notificação de dados de IPCSL: fístula arteriovenosa, enxerto arteriovenoso, cateteres atriais (também conhecidos como cateteres intracardíacos transtorácicos, os cateteres inseridos diretamente no átrio direito ou esquerdo através da parede do coração), suporte de vida extracorpóreo (ECMO), enxerto para hemodiálise (HERO), dispositivos de bomba de balão intra-aórtico (BIA), cateter periférico ou cateter de linha média (midline), dispositivo de assistência ventricular (VAD), cateter arterial, que não se enquadra na definição de cateter central. • Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.

- Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 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 braquiocefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e em recém-nascidos todo cateter umbilical venoso ou arterial.

→ Tipos de cateteres centrais para fins de vigilância epidemiológica:

- Cateter central permanente: 1) cateter tunelizado, incluindo o cateter tunelizado de hemodiálise; 2) cateter totalmente implantável, incluindo ports.
- Cateter central temporário: cateter não tunelizado, cateter não implantável, incluindo cateter temporário para hemodiálise.
- Cateter central de inserção periférica (PICC): dispositivo intravenoso, introduzido através de uma veia superficial ou profunda de um membro superior ou inferior até o terço distal da veia cava superior ou proximal da veia cava inferior.
- Cateter umbilical: dispositivo vascular central inserido por meio da artéria ou veia umbilical em neonatos. Todos os cateteres umbilicais são considerados cateteres centrais).

→ Cateter Venoso Central (CVC): cateter vascular inserido no coração ou próximo dele ou em grandes vasos para infusão de medicamentos ou nutrição, coleta de sangue ou monitorização hemodinâmica. São considerados grandes vasos: artérias pulmonares, veia cava superior, veia cava inferior, tronco braquiocefálico, veias jugulares internas, veias subclávias, veia ilíaca externa e veia femoral. Em neonatos, cateteres umbilicais são considerados centrais.

→ Medidas de Prevenção de Infecção por Cateter Venoso Central (CVC)

Conforme protocolos vigentes da ANVISA, CDC e CCIH, a contratada deverá adotar práticas sistemáticas para minimizar o risco de infecção da corrente sanguínea associada a CVC (CLABSI). Entre as principais medidas estão: inserção do cateter apenas quando estritamente necessário, uso rigoroso de técnica asséptica durante a inserção e manutenção, higienização adequada das mãos, escolha criteriosa do sítio de inserção, desinfecção da pele com antisséptico apropriado, troca regular de curativos, limpeza de conexões antes do acesso, uso de cateteres especiais quando indicado, treinamento contínuo da equipe e monitoramento diário do paciente e do dispositivo. A contratada deverá aplicar “care bundles” recomendados por protocolos, registrar e reportar diariamente dados de infecção e dias de cateter, e adotar medidas corretivas sempre que identificadas falhas.

Observação:

Pacientes que chegam à UTI já com o dispositivo cateter venoso central, não são incluídos no cálculo do indicador, pois a instalação inicial do dispositivo não foi realizada pela equipe da UTI e, portanto, não reflete a qualidade da assistência da unidade.

Caso o paciente seja removido do dispositivo e posteriormente re-inserido na UTI, a contagem de pacientes-dia e potenciais eventos de infecção associada ao dispositivo começa a partir da reinserção feita na própria UTI, garantindo que o indicador avalie exclusivamente a assistência prestada pela unidade.

NOTA:

Todos os pacientes internados em unidades de terapia intensiva devem ser monitorados de forma sistemática quanto ao uso de dispositivos invasivos, com a adoção de medidas preventivas fundamentadas em evidências científicas, em conformidade com as recomendações do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), visando à redução do risco de infecções associadas e à garantia da segurança do paciente.

Referência da meta: Para definição da meta foram considerados dois parâmetros complementares: (i) média histórica do indicador nos últimos três anos (2021–2023), utilizada para contextualizar o desempenho da unidade; e utilizados os percentis 75 e 90 do consolidado estadual/ANVISA no ano de 2023, empregados como referência comparativa para definição dos limites de corte (desempenho esperado e desempenho superior).

A meta final resulta do alinhamento entre esses parâmetros, assegurando que seja factível (com base no histórico próprio) e desafiadora (com base em benchmark atualizado).

Referências:

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

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

Nome	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em UTI Adulto / UTI Neonatal
Conceituação	Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000.
Importância	É um importante indicador para a gestão da qualidade e segurança do paciente em UTIs. Monitorá-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	a) Numerador: Número de casos de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), diagnosticados segundo os critérios clínico-epidemiológicos e laboratoriais da ANVISA, em pacientes que iniciaram ventilação mecânica na UTI, no período de análise.

Critérios de inclusão:

- Casos de **pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)** diagnosticados em pacientes internados na UTI (adulto ou neonatal) **que iniciaram a ventilação mecânica na própria UTI;**
- Pneumonia em paciente sob VM por **≥ 48h** na UTI;
- Paciente em VM na data do diagnóstico ou que havia sido retirada da VM até o dia anterior.

Critérios de Exclusão:

- Casos de pneumonia em pacientes que já estavam em VM no momento da admissão na UTI;
- Pneumonias de início fora da UTI (ex.: adquirida na comunidade, enfermaria, pronto-socorro);
- 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).

b) Denominador: Número de pacientes-dia em ventilação mecânica na UTI, considerando apenas aqueles que iniciaram ventilação mecânica na própria UTI, no período de análise.

Critérios de inclusão:

- **Pacientes-dia em ventilação mecânica na UTI**, considerando somente os pacientes que **iniciaram a VM na própria UTI;**
- Cada dia em VM conta até o desmame, óbito ou alta da UTI.

Critérios de Exclusão:

- Dias em que o paciente não esteve em ventilação mecânica invasiva;
- Pacientes em outras unidades que não a UTI;
- Pacientes admitidos na UTI em uso prévio de ventilação mecânica, oriundos de outra unidade assistencial ou instituição de saúde.

Observação 01:

- Ventilador mecânico: dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal.
- Em caso de reintubação, considerar novo episódio de ventilação mecânica se o intervalo entre a extubação e nova intubação for superior a 48 horas. Nesse caso, reinicia-se a contagem de D1.
- A validação dos casos de PAV deve ser realizada por profissionais treinados em vigilância epidemiológica hospitalar, preferencialmente sob a coordenação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com base nos critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Observação 02:

- Pacientes que chegam à UTI já intubados não são incluídos no cálculo da densidade de incidência de PAV. Caso o paciente seja extubado e posteriormente reintubado na UTI, a contagem de pacientes-dia em ventilação mecânica e potenciais casos de PAV começa a partir da reintubação feita na própria UTI, garantindo que o indicador reflita exclusivamente a qualidade da assistência ventilatória prestada pela unidade.

● PREVENÇÃO DA PAV

A CONTRATADA deve assegurar que sua equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e demais profissionais envolvidos na assistência aos pacientes em ventilação mecânica, adote de forma sistemática as medidas de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), conforme protocolos institucionais e **bundles** baseados em evidências, incluindo, quando aplicável:

1. Adesão aos bundles de prevenção, contemplando:

- o Elevação da cabeceira do leito (30–45°) para redução do risco de aspiração de secreções gástricas;
- o Higiene oral com antisséptico, com objetivo de diminuir a colonização bacteriana orofaríngea;
- o Interrupção diária da sedação e avaliação de desmame, a fim de reduzir o tempo de ventilação mecânica;
- o Aspiração subglótica para remoção de secreções acumuladas acima do tubo endotraqueal.

2. Técnicas assépticas rigorosas, incluindo:

- o Manipulação correta do tubo endotraqueal e do circuito respiratório;
- o Higienização das mãos antes e após qualquer procedimento.

3. Monitoramento contínuo, compreendendo:

- o Observação precoce de sinais de infecção respiratória;
- o Revisão diária da necessidade de ventilação mecânica e ajustes no cuidado.

4. Educação e treinamento contínuo, garantindo:

- o Treinamentos periódicos da equipe para reforço da importância de cada medida do bundle;
- o Adoção consistente das práticas preventivas como estratégia comprovada para redução da taxa de PAV.

Referências:

Referência da meta: Referência da Meta: Para definição da meta foram considerados dois parâmetros complementares: (i) média histórica do indicador nos últimos três anos (2021–2023), utilizada para contextualizar o desempenho da unidade; e (ii) percentis 75 e 90 do consolidado estadual/ANVISA no ano de 2023, empregados como referência comparativa para definição dos limites de corte (desempenho esperado e desempenho superior).

A meta final resulta do alinhamento entre esses parâmetros, assegurando que seja factível (com base no histórico próprio) e desafiador (com base em benchmark atualizado).

Referências:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2024: orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde.* [S. l.]: Anvisa, 3 jan. 2024. p. 1–55.

3.5. TAXA DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-CESÁREA

Nome	Taxa de Infecções de Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea
Conceituação	A Taxa de ISC pós-cesárea mede a frequência com que ocorrem infecções no local da incisão cirúrgica após a realização de cesariana. Ela permite identificar falhas nos processos de prevenção de infecções, como assepsia, técnica cirúrgica, cuidados pós-operatórios e uso racional de antimicrobianos.
Importância	O monitoramento contínuo das taxas de infecção em unidades assistenciais, especialmente aquelas voltadas ao cuidado de puerperas, é essencial para a garantia da segurança do paciente, sendo as altas taxas de infecção um indicativo de riscos elevados e potenciais falhas no processo assistencial. O aumento desses índices pode sinalizar deficiências em protocolos cirúrgicos, práticas de assepsia ou esterilização, comprometendo diretamente a qualidade do cuidado prestado. A análise sistemática desses dados subsidia a gestão hospitalar na tomada de decisões baseadas em evidências, permitindo a implementação de ações corretivas e preventivas mais eficazes. Além disso, o controle das infecções está diretamente relacionado à eficiência do uso dos recursos, uma vez que contribui para a redução de internações prolongadas, menor necessidade de uso de antibióticos e diminuição das reinternações evitáveis, promovendo maior custo-efetividade. Assim, a vigilância e o acompanhamento desses indicadores refletem o compromisso institucional com a assistência segura, qualificada e centrada na paciente.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100
Definição	Taxa (%) = (Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea / Total de cesarianas realizadas) x 100

a) Numerador: Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea no período.

Critérios de inclusão:

- Pacientes submetidas a cesariana na instituição.
- Diagnóstico confirmado de ISC (superficial, profunda ou de órgão/espaco), de acordo com critérios clínicos e laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC, como:
 - Secreção purulenta no local da incisão.
 - Cultura positiva do sítio cirúrgico.
 - Dor, edema, calor, vermelhidão com abertura espontânea da incisão.
 - Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado.
 - ISC diagnosticada **durante o internamento** ou **após a alta hospitalar, dentro de 30 dias** da cesárea.

Critérios de Exclusão:

- Infecções em pacientes que não passaram por cesariana.
- Casos com suspeita, mas sem confirmação clínica ou laboratorial de ISC.
- Diagnóstico de ISC feito após 30 dias da cirurgia.
- Casos de infecção ocorridos por outro motivo cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea

b) Denominador: Total de cesarianas realizadas.

Critérios de inclusão:

- Foram realizadas na própria instituição, independentemente do risco ou indicação clínica.
- Ocorrem no período avaliado (ex: mês, trimestre, ano).
- Foram feitas em pacientes internadas para parto, mesmo em casos de cesárea de urgência ou emergência.
- Incluem cesáreas feitas em gestantes com ou sem comorbidades.
- Incluem cesarianas com qualquer tipo de anestesia (raqui, peridural, geral).
- Pacientes que foram operadas e tiveram alta ou permaneceram internadas.

Critérios de Exclusão:

- Partos vaginais;
- Cesarianas realizadas em outras instituições, mesmo que a paciente tenha sido transferida para cuidados posteriores.
- Curetagens, abortamentos ou outros procedimentos obstétricos que não resultam em parto cesariano.

Observação:

- O período de análise será mensal;
- A validação dos casos deve ser realizada pela CCIH ou por profissional capacitado, conforme protocolo institucional;
- Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (ANVISA), nº 01 / 2024.

Referência da Meta: Para definição da meta foram considerados dois parâmetros complementares: (i) média histórica do indicador nos últimos três anos (2021–2023), utilizada para contextualizar o desempenho da unidade; e (ii) percentis 50 e 75 do consolidado estadual/ANVISA no ano de 2023, empregados como referência comparativa para definição dos limites de corte (desempenho esperado e desempenho superior).

A meta final resulta do alinhamento entre esses parâmetros, assegurando que seja factível (com base no histórico próprio) e desafiador (com base em benchmark atualizado).

Referências:

ASSOCIATED MODULE. *Surgical Site Infection Event (SSI)*. National Healthcare Safety Network (NHSN), [S. l.], p. 1–42, 1 jan. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025*. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, [S. l.], p. 1–61, 5 mar. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2024: orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde. [S. l.]: Anvisa, 3 jan. 2024. p. 1–55.

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

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

Observação 01:

- **Grupo A** : Pacientes com Braden ≥ 13 (baixo/médio risco);
- **Grupo B** : Pacientes com Braden ≤ 12 (alto risco)

Critérios de inclusão (para numerador e denominador):

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

Critérios de Exclusão:

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

Avaliação de Risco Pela Escala de Braden:

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

Observação 02

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

Segue a Escala de Braden em formato resumido:

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

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

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

Interpretações:

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

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

Condutas Preventivas:

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

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

Observação 03: Os dados deverão ser encaminhados à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS).

Referências:

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

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *Guia rápido de prevenção e tratamento de lesão por pressão.* Brasília, DF: SES-DF, [2020]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/91089/GUIA-RAPIDO-DE-PREVENCAO-E-TRATAMENTO-DE-LP.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2025.

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

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

Nome	Densidade de Incidência de Quedas (com ou sem lesão) de Pacientes Internados (por mil).
Conceituação	Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição.
Importância	O indicador em questão mensura a taxa de incidência de quedas, com ou sem lesões associadas, por 1.000 pacientes internados. A redução desta taxa é indicativa de melhoria na segurança do paciente.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1.000
Definição	Densidade de Incidência de Quedas = (Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse / Total de pacientes-dia) x 1.000

a) Numerador: Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse.

Critérios de Inclusão:

- Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas. Quedas assistidas. Quedas repetidas. Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda);
- Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V);
- Todos os pacientes da instituição independente da idade.

Critérios de Exclusão:

- Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe.

b) Denominador: Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse.

Critérios de Inclusão:

- Pacientes adultos, sob regime de internação nas unidades qualificadas para análise. Pacientes internados, de curto prazo, sob observação e para cirurgias no mesmo dia que recebam cuidados em unidades de internação qualificadas durante parte ou todo um dia. Unidades de cuidado crítico, semi-intensivo, médico, cirúrgico, médico-cirúrgico combinado para adultos, unidades de gravidade mista, unidades pediátricas e obstétricas. Pacientes em uma unidade qualificada para reportar dados são incluídos na contagem de paciente-dia.

Critérios de exclusão:

- Não é aplicável.

Observação 01:

Queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008; Sociedade Hospital Samaritano, 2013).

Observação 02:

Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico. Níveis de lesão: **Nível I** (nenhum): paciente não sofreu lesões. **Nível II** (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. **Nível III** (moderado): resultou em sutura, aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. **Nível IV** (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. **Nível V** (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda.

Notificação da Queda:

- A notificação da queda é de **responsabilidade da equipe de enfermagem** da unidade onde ocorreu o evento.
- O profissional que presenciar ou tomar conhecimento da queda deverá **registrar imediatamente**:
 - Em campo específico do **prontuário do paciente**;
 - No **formulário de notificação de evento adverso** padronizado pela unidade;

Validação e Acompanhamento:

- O evento deverá ser **validado e analisado** pelo **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)** da instituição, com registro do parecer e plano de ação, se aplicável.
- A depender da gravidade ou recorrência, o evento também será encaminhado à **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** para avaliação conjunta, quando implicar em risco assistencial ampliado.

Documentação obrigatória:

- Todo evento de queda deverá conter os seguintes elementos mínimos para ser considerado válido:

- o Data, hora e local do evento;
- o Nome completo do paciente e número do prontuário;
- o Relato sucinto da dinâmica do evento;
- o Classificação da gravidade (com ou sem lesão) e avaliação do risco prévio;
- o Conduta adotada após a queda.

Observação 03: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

Referência da meta:

QUALISS; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Densidade de incidência de queda resultando em lesão em paciente: domínio segurança.* Ficha Técnica, [S. l.], p. 1–4. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/Ficha_tecnica_indicador_13.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.

Referências:

ABREU, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, 2012.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS – ANAHP. *Observatório ANAHP: publicação anual – edição 11*, 2019.

BOUSHON, B. et al. *How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls.* Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2012. Disponível em: <www.ihl.org>. Acesso em: 13 jan. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): protocolo prevenção de quedas.* Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 1, 2012.

3.8. TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA SEGUNDO ASA

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

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

Critérios de inclusão:

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

Observações:

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

Critérios de exclusão:

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

Observação 01:

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

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

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

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

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

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

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

Classe VI: Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para doação.

*Observações entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010).

Observação 02: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

Referência da Meta:

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

Referências:

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

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *Sítio cirúrgico - critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde*. Brasília: Anvisa, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, mar. 2009. p. 1–19. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf. Acesso em: 12 jul. 2012.

CARRARO, M. A.; ZANATTA, G. A.; KLÜCK, M. M. Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada pela classificação ASA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, v. 31, n. Supl. 1, p. 129, 2011.

KLÜCK, M. M. *Metodologia para ajuste de indicadores de desfechos hospitalares por risco prévio do paciente*. 2004. 128 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

3.9. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nome	Acolhimento com Classificação de Risco.
Conceituação	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.
Importância	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.
Método de Cálculo	Não é aplicável.

Interpretações:

- **O acolhimento** 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.

- **A Classificação de Risco** 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.

Observação 01:

- O acolhimento e a Classificação de Risco devem ser realizados em todos os atendimentos de urgência e emergência.
- 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.
- É vedada a realização da classificação de risco por técnicos de enfermagem ou por qualquer outro profissional não autorizado.

Definição

- 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
- 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.

Observação 02:

Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

Referência:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Série B. Textos Básicos de Saúde. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2009. p. 1–60. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, n. 219, Seção 1, p. 32–54, 12 nov. 2002.

BRASIL. 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).

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

Nome	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente
Conceituação	Este indicador mede o cumprimento da obrigatoriedade de envio regular do Relatório de Segurança do Paciente, conforme estabelecido pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS nº 529/2013 e regulamentado pela RDC nº 36/2013 da Anvisa.
Importância	O indicador fortalece a cultura de segurança do paciente ao institucionalizar práticas de vigilância e prevenção de riscos assistenciais. Além disso, garante a transparência na gestão dos eventos adversos, contribuindo para a responsabilização e para a melhoria contínua da qualidade do cuidado. Também subsidia a tomada de decisão por parte de gestores e profissionais, ao permitir análises periódicas de falhas e não conformidades. Cumpre ainda exigência normativa da Anvisa, sendo fundamental para a manutenção da regularidade sanitária das instituições de saúde. Por fim, funciona como instrumento de monitoramento institucional e contratual, podendo compor o quadro de indicadores dos contratos de gestão e das auditorias do SUS.
Método de Cálculo	Não é aplicável. O critério de avaliação é o envio mensal do relatório, dentro do prazo estipulado e com os campos obrigatórios devidamente preenchidos.
Definição	<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● O Relatório segurança do paciente é essencial para monitorar, analisar e promover a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados prestados aos pacientes pela CONTRATADA. Desempenha, ainda, um papel central na promoção de um ambiente assistencial mais seguro, na proteção do paciente e na garantia de transparência, conformidade e responsabilização institucional; ● Esse instrumento deve conter o registro e a análise de eventos adversos, incidentes sem dano e quase falhas, além das ações corretivas e preventivas implementadas pela instituição. A avaliação da conformidade considera tanto o envio no prazo estabelecido, quanto à completude e a consistência das informações apresentadas; ● A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos, alinhados às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que devem ser elaborados e implantados nas instituições de saúde. São eles: higiene das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação correta dos pacientes, prevenção de quedas e prevenção de lesões por pressão. Esses protocolos constituem instrumentos fundamentais para a construção de uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos locais de segurança do paciente, conforme disposto na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Anvisa; ● As informações devem ser encaminhadas à Secretaria Estadual de Saúde (SES) por meio do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), garantindo a rastreabilidade dos dados, a transparência institucional e o cumprimento das diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), bem como das políticas de humanização da assistência. <p>Referência da meta:</p> <p>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília – DF, [S. l.], p. 1-42, 1 jan. 2024.</p>

INDICADORES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA PERINATAL HOSPITALAR

3.11. 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 Alyne, ao assegurar um cuidado integral, contínuo e oportuno às pessoas gestantes e aos recém-nascidos. 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>a) Numerador – Número de gestantes admitidas para o parto na maternidade que realizaram o teste rápido para sífilis na admissão.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gestantes testadas com teste rápido para sífilis no momento da admissão hospitalar para o parto, independentemente do resultado. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• Casos em que não foi possível realizar o teste por óbito materno na admissão ou outras situações clínicas graves que impossibilitaram a coleta. <p>b) Denominador – Número total de gestantes admitidas para o parto na maternidade no período avaliado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• Todas as gestantes que foram admitidas para o parto na maternidade, no período de análise (parto vaginal ou cesariana). <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes admitidas por outros motivos que não sejam parto (ex.: intercorrências clínicas, abortamento, curetagem, procedimentos ginecológicos);• Gestantes admitidas apenas para acompanhamento clínico ou tratamento, sem evolução para parto na instituição. <p>Definição:</p> <ul style="list-style-type: none">• A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria <i>Treponema pallidum</i> (T. pallidum), e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica, com sequelas irreversíveis em longo prazo;• A sífilis congênita é o resultado da transmissão da espiroqueta de <i>Treponema pallidum</i> da corrente sanguínea da gestante com sífilis para o conceito por via transplacentária ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical);• Os testes rápidos (TR) utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP).• O teste será feito em todas as admissões (independentemente de testagens anteriores); <p>Testes treponêmicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• O teste rápido utilizado deve ser de natureza treponêmica, registrado na Anvisa, e aprovado pelo Ministério da Saúde, com metodologia baseada em imunocromatografia de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP®). Deve permitir a leitura em até 30 minutos e ser realizado com sangue total por punção digital ou venosa. <p>Observação 01:</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, no momento do parto, ou em caso de aborto/natimorto, independentemente de testagens anteriores.</p>

Observação 02: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a

transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

Referência da meta:

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

Referência:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. *Manual técnico para o diagnóstico da sífilis* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

3.12. 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	a) Numerador – Número de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV na maternidade.

Critério de inclusão:

- Tenham realizado teste rápido para HIV durante o processo de admissão hospitalar;
- O teste tenha sido realizado na própria unidade hospitalar, antes ou durante o atendimento obstétrico;
- A testagem tenha ocorrido em momento clinicamente oportuno, preferencialmente antes do parto.

Critério de exclusão:

- Gestantes que recusaram a testagem rápida (após aconselhamento);
- Gestantes com condições clínicas graves que impediram a coleta;
- Parto que ocorreu sem tempo hábil para a testagem (ex.: nascimento no transporte ou ao chegar);
- Gestantes que realizaram o teste em outra unidade antes da transferência..

b) Denominador – Total de gestantes admitidas para o parto.**Critérios de inclusão:**

- Toda gestante admitida para o parto (parto vaginal, cesariana ou abortamento com internação);
- Gestantes com qualquer idade gestacional;
- Gestantes com parto assistido na própria unidade.

Crítérios de Exclusão:

- Gestantes que chegaram em óbito;
- Casos de natimortos sem tempo ou possibilidade de assistência à mãe;
- Gestantes admitidas exclusivamente para observação ou condutas clínicas sem parto;

Observação 01:

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

Observações 02:

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

Observação 03: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

Referências da Meta:

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

Referência:

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

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

Nome	Percentual de Gestantes com Sífilis Diagnosticada no Parto que Iniciaram Tratamento, Junto com o Recém-Nascido, durante a Internação Hospitalar
Conceituação	Avalia a proporção de gestantes com diagnóstico de sífilis realizado no momento do parto que iniciaram o tratamento, juntamente com o recém-nascido, 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

a) Numerador – Número de gestantes com diagnóstico de sífilis no momento do parto que iniciaram o tratamento na internação hospitalar junto com o RN.

Critérios de inclusão:

- Gestantes diagnosticadas com sífilis no momento do parto, através de teste rápido, VDRL ou outro exame sorológico;
- Gestantes que iniciaram o tratamento na internação hospitalar, com esquema terapêutico adequado conforme protocolo do Ministério da Saúde;
- Recém-nascidos que também iniciaram o tratamento durante a internação, conforme o protocolo clínico baseado na avaliação neonatal.

Critérios de Exclusão:

- Gestantes diagnosticadas no parto que não iniciaram o tratamento na maternidade;
- Casos em que apenas o recém-nascido foi tratado, mas a mãe não recebeu medicação;
- Tratamentos iniciados após a alta hospitalar.

Denominador - Número total de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o parto, independentemente do início do tratamento.

Critérios de inclusão:

- Definição
- Todas as gestantes diagnosticadas com sífilis no parto, independentemente do início ou não do tratamento;
 - Diagnóstico realizado durante a admissão ou durante o trabalho de parto (ou seja, sem diagnóstico prévio registrado no pré-natal);

Critérios de Exclusão:

- Gestantes já diagnosticadas e tratadas durante o pré-natal (não se enquadram no diagnóstico “no parto”);
- Partos ocorridos fora da unidade hospitalar avaliada (ex: transferências externas ou domicílios, se não houver confirmação da testagem e conduta na unidade).

Observações 01:

- Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico), independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis.

Observação 02:

- O registro da administração da medicação deve ser realizado formalmente no prontuário da dupla mãe-RN, ou em ficha espelho específica, contendo obrigatoriamente a data e a hora em que a medicação foi administrada, além da identificação do profissional responsável pela aplicação. Esse registro deve ser legível, datado e assinado, garantindo a rastreabilidade e a segurança do procedimento.

Referência da meta:

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

3.14. PROPORÇÃO DE PARTOS INSTRUMENTALIZADOS COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA REGISTRADA

Nome	Proporção de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clínica Registrada
Conceituação	<p>Percentual de partos vaginais que foram instrumentalizados (fórceps ou vácuo-extrator), com registro de justificativa clínica documentada no prontuário.</p> <p>A utilização deste indicador tem como finalidade avaliar a qualidade e a segurança da assistência obstétrica no âmbito da maternidade, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde. Seu monitoramento estimula o uso ético, responsável e baseado em evidências científicas de instrumentos obstétricos, como o fórceps e o vácuo-extrator, conforme preconizado pela Portaria MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Alyne, e pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).</p> <p>A exigência de justificativa clínica devidamente registrada no prontuário reduz o risco de intervenções desnecessárias e complicações maternas e neonatais, como lacerações, hemorragias e traumas cranianos. O uso indiscriminado desses dispositivos, sem respaldo técnico, pode configurar violação dos princípios de segurança assistencial, sendo incompatível com os preceitos de uma atenção obstétrica segura e qualificada. Dessa forma, a documentação da indicação clínica atua como ferramenta de proteção à integridade física da pessoa gestante e do recém-nascido.</p>
Importância	<p>Além disso, o registro adequado da justificativa para o uso de parto instrumental fortalece a transparência do cuidado, a segurança jurídica da equipe assistencial e a qualidade das informações em saúde, sendo um critério fundamental em auditorias clínicas e avaliações de desempenho institucional. Tais práticas estão em conformidade com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.298/2004, que reforça o direito ao consentimento informado, o protagonismo da pessoa em trabalho de parto e o respeito às decisões no processo de parto e nascimento.</p> <p>Ademais, esse indicador constitui um instrumento estratégico de gestão e qualificação da atenção obstétrica, permitindo o acompanhamento contínuo das condutas clínicas, a identificação de desvios de prática, a definição de ações corretivas, bem como a implementação de processos formativos voltados à educação permanente das equipes multiprofissionais.</p> <p>Dessa forma, a adoção e o monitoramento sistemático deste indicador no contrato de gestão reforçam o compromisso institucional com a humanização, a segurança e a legalidade da assistência obstétrica, consolidando a cultura da qualidade e da responsabilidade sanitária no âmbito do SUS.</p>
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x 100
Definição	<p>Numerador: Número de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada;</p> <p>Denominador: Total de partos instrumentalizados realizados</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partos vaginais assistidos com fórceps ou vácuo-extrator, com justificativa clínica documentada (ex: sofrimento fetal agudo, necessidade de abreviar expulsivo, distócia de rotação); • Registro deve constar no prontuário da parturiente (evolução médica ou campo específico). <p>Critérios Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentalizações sem justificativa clínica descrita; • Registros incompletos, vagos ou com justificativas não técnicas (ex: “conduta da equipe”, “rotina”); • Abortamentos ou partos com feto natimorto < 500g ou < 22 semanas. <p>Definições:</p> <p>Fórceps: Instrumento obstétrico utilizado para auxiliar no parto vaginal, especialmente em situações em que há dificuldade na progressão do feto durante a fase final do trabalho de parto. Consiste em duas hastes metálicas com formato anatômico que são posicionadas ao redor da cabeça do bebê, permitindo sua tração controlada para facilitar o nascimento.</p> <p>Vácuo-extrator (ventosa obstétrica): Instrumento utilizado para auxiliar o parto vaginal por meio da aplicação de uma ventosa na parte posterior da cabeça do bebê, conectada a um sistema de vácuo. Sua tração controlada permite a saída fetal.</p> <p>Atenção:</p> <p><i>O parto instrumentalizado deve ser evitado, sendo indicado apenas quando houver justificativa clínica precisa, como sofrimento fetal agudo ou necessidade de abreviar o período expulsivo, conforme diretrizes do Ministério da Saúde. Entre os instrumentos disponíveis, a escolha entre fórceps e vácuo-extrator deve considerar a experiência da equipe e as condições clínicas da mãe e do recém-nascido. O uso sem critério técnico pode configurar violência obstétrica e comprometer a segurança materno-infantil.</i></p> <p><i>(BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, 2016).</i></p> <p>Descrição do Procedimento:</p> <p>Indicações para uso de fórceps e vácuo-extrator :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maternas:

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

7. Documentação obrigatória descritiva após o parto:

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

Descrição do relatório:

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

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

Observação:

- A CONTRATADA **deverá** encaminhar, mensalmente, relatório complementar contendo informações detalhadas que não são automaticamente extraídas pelo sistema SIMAS, tais como o número de partos instrumentalizados realizados e suas respectivas justificativas clínicas documentadas, conforme critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES).
- Este relatório deverá ser anexado à transmissão dos dados no SIMAS, por meio da funcionalidade específica para upload de documentos, quando disponível. Na ausência dessa funcionalidade, o relatório deverá ser enviado por meio eletrônico alternativo indicado pela SES, respeitando os prazos estipulados para envio.

Referências:

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

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

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

3.15. PROPORÇÃO DE EPISIOTOMIAS REALIZADAS COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA DOCUMENTADA

Nome	Proporção 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	<p>Trata-se de um indicador de elevada relevância para a qualificação da assistência obstétrica, refletindo o compromisso da instituição de saúde com práticas baseadas em evidências científicas, o respeito aos direitos das pessoas gestantes, e a promoção de um parto seguro e humanizado.</p> <p>A episiotomia, anteriormente realizada de forma rotineira, é atualmente reconhecida como uma intervenção que deve ser restrita a situações com indicação clínica claramente estabelecida. Essa diretriz é respaldada por organismos nacionais e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Rede Alyne e a Política Nacional de Humanização (PNH).</p> <p>Nesse contexto, o indicador busca estimular a adoção de boas práticas obstétricas, promovendo a redução do uso indiscriminado e não justificado da episiotomia, em consonância com as políticas públicas de humanização do parto e com as diretrizes voltadas à segurança e à qualidade da atenção obstétrica.</p>
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<p>Numerador: Número de episiotomias com justificativa clínica registrada</p> <p>Denominador: Total de episiotomias realizadas</p>

Crítérios de Inclusão:

- Partos vaginais com realização de episiotomia;
- Registro da justificativa clínica no prontuário (ex: sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, prematuridade com necessidade de agilidade no nascimento).

Crítérios de Exclusão:

- Partos cesáreos;
- Prontuários com documentação incompleta ou ausente da justificativa da episiotomia.

Descrição:

O relatório da maternidade a ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde (SES), em anexo à transmissão do SIMAS, deve conter informações detalhadas sobre o número de episiotomias realizadas no período de referência, acompanhadas da respectiva justificativa clínica documentada para cada procedimento.

É fundamental que o relatório comprove que as episiotomias foram realizadas de forma criteriosa, com indicação clínica devidamente fundamentada, como nos casos de sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, parto operatório iminente com risco materno ou fetal, entre outras situações previstas em protocolos institucionais ou diretrizes clínicas reconhecidas.

A justificativa deverá estar registrada no prontuário da pessoa em trabalho de parto, por meio de nota evolutiva elaborada pelo profissional responsável, contendo data, hora, indicação clínica e, sempre que possível, a descrição da decisão compartilhada com a pessoa gestante. Esse registro deve assegurar a rastreabilidade do procedimento, a transparência da conduta adotada e o respeito à autonomia da pessoa assistida, conforme preconizado pelas políticas públicas de humanização da assistência ao parto e nascimento..

Definições:

Episiotomia: Incisão cirúrgica na região do períneo realizada durante o parto, antes da saída do bebê, com o objetivo de ampliar o canal de parto.

Justificativa clínica: Registro médico claro que justifique a necessidade da episiotomia com base em critérios clínicos.

Observações:

- Do ponto de vista da gestão hospitalar, o acompanhamento deste indicador permite identificar eventuais desvios de conduta profissional, práticas desatualizadas ou falhas no processo de registro clínico. Seu monitoramento sistemático é uma ferramenta estratégica para qualificação da assistência, fortalecimento da segurança do paciente e promoção de práticas obstétricas centradas na pessoa em trabalho de parto, além de contribuir com a conformidade institucional frente às políticas públicas de saúde.
- Adicionalmente, os dados produzidos por este indicador podem subsidiar ações de educação permanente, auditorias clínicas, revisões de protocolo e elaboração de planos de melhoria contínua. Dessa forma, ele se configura como um importante instrumento para o aprimoramento da qualidade da assistência obstétrica no âmbito do SUS e na gestão de serviços vinculados à Rede Alyne.
- A CONTRATADA **deverá** encaminhar, mensalmente, relatório complementar contendo informações detalhadas que não são automaticamente extraídas pelo sistema SIMAS, tais como o número de episiotomias realizadas e suas respectivas justificativas clínicas documentadas, conforme critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES).
- Este relatório deverá ser anexado à transmissão dos dados no SIMAS, por meio da funcionalidade específica para upload de documentos, quando disponível. Na ausência dessa funcionalidade, o relatório deverá ser enviado por meio eletrônico alternativo indicado pela SES, respeitando os prazos estipulados para envio.

Referências:

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil); SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017.* [S. l.], 14 fev. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento.* [S. l.]: Ministério da Saúde, v. 4, p. 1-467, 1 jan. 2014.

3.16. PROPORÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS VACINADOS COM 1ª DOSE DE VACINA CONTRA HEPATITE B

Nome	Proporção de Recém-nascidos 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 primeiras 12 horas e no máximo até 24 horas após o nascimento , 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	(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

a) Numerador: Número de recém-nascidos vacinados com a 1ª dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24h

b) Denominador: Número total de nascidos vivos no período

Critério de Inclusão:

- Total de recém-nascidos vivos nascidos na unidade de saúde no período avaliado.

Critério de Exclusão:

- RN com imunodeficiência congênita ou adquirida;
- RN com neoplasia maligna, em tratamento com corticosteróides em dose imunossupressora e em outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia, radioterapia etc.);
- Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida;
- Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;
- Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida.

Observação 01: Prematuridade e baixo peso: Em casos de prematuridade e baixo peso, o médico deve avaliar o momento ideal da vacinação.

Observação 02:

- RN que necessitam receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados – não vacine com vacinas de agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e até 90 dias após o uso daqueles produtos.
- RN que apresentam doença febril grave – não vacine até a resolução do quadro, para que os sinais e sintomas da doença não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos relacionados à vacina.

SITUAÇÕES ESPECIAIS - São situações que devem ser avaliadas em suas particularidades para a indicação ou não da vacinação:

- Usuários que fazem uso de terapia com corticosteróides devem ser vacinados com intervalo de, pelo menos, três meses após a suspensão da droga.

NOTAS:

- É considerada imunossupressora a dose superior a 2 mg/kg/dia de prednisona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/kg/dia para adultos por tempo superior a 14 dias.
- Doses inferiores às citadas, mesmo por período prolongado, não constituem contraindicação.
- O uso de corticoides por via inalatória ou tópicos ou em esquemas de altas doses em curta duração (menor do que 14 dias) não constitui contraindicação de vacinação.

Observação 03:

- Registros de contraindicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de vida deverão ser devidamente anotados no prontuário do paciente e consolidados em relatório gerencial mensal. O relatório, que deve ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), deverá conter todas as justificativas caso a caso, com comprovação documental em conformidade com as diretrizes estabelecidas, e ser obrigatoriamente anexado à transmissão mensal pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), assegurando a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento da Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação vigente.

Referência

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS HEPATITE B E COINFECÇÕES. PORTARIA SECTICS/MS Nº 25, DE 18 DE MAIO DE 2023, [S. l.], p. 1-104, 18 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação*. 1. ed. — Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p. ISBN 978-85-334-2164-6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 04 jul. 2025.

3.17. PROPORÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS VACINADOS COM A VACINA BCG

Nome	Proporção de Recém-nascidos Vacinados com a Vacina BCG
Conceituação	Refere-se à porcentagem de recém-nascidos (RN) que receberam a vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) em relação ao total de nascimentos ocorridos no período.
Importância	Este indicador está diretamente relacionado à proteção da saúde infantil e à prevenção de formas graves da tuberculose em crianças, como a tuberculose meníngea (afetando o sistema nervoso central) e a tuberculose miliar (forma disseminada da doença). Essas formas podem ser fatais ou deixar sequelas severas se não forem tratadas rapidamente. A proporção de RN vacinados com a vacina BCG também serve como um indicador da cobertura vacinal de um país ou região. Uma alta proporção de RN vacinados sugere que o sistema de saúde está conseguindo atingir a maior parte das crianças com as vacinas necessárias, especialmente em áreas onde a tuberculose é mais prevalente.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<p>a) Numerador: Número de recém-nascidos vacinados com BCG (é a quantidade de recém-nascidos que receberam a vacina BCG no período).</p> <p>b) Denominador: Número de recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações e que permaneceram por pelo menos 24h na unidade.</p>

Critério de Inclusão

- Recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações clínicas ou imunológicas, que permaneceram ao menos 24 horas na unidade hospitalar;
- Apenas recém-nascidos que nasceram vivos e foram registrados como nascimentos válidos.

Crítérios de Exclusão

- Recém-nascidos de mães que usaram medicamentos que possam causar imunossupressão do feto durante a gestação;
- Recém-nascidos imunocomprometidos, como aqueles infectados pelo HIV;
- Prematuros com menos de 2 kg de peso;
- Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos;
- Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida;
- Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;
- Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida.

Observação 01:

- A vacina BCG está contraindicada em recém-nascidos com peso inferior a 2 kg. Nesses casos, a vacinação deve ser adiada até que o bebê atinja peso igual ou superior a 2 kg.
- A BCG deve ser aplicada nas primeiras horas de vida, preferencialmente nas primeiras 12 horas, sempre que possível.

Observação 02:

- Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos deverão ser vacinados somente após o tratamento da infecção latente da tuberculose ou da quimioprofilaxia.
- Usuários infectados pelo HIV precisam de proteção especial contra as doenças imunopreveníveis, mas é necessário avaliar cada caso, considerando-se que há grande heterogeneidade de situações, desde o soropositivo (portador assintomático) até o imunodeprimido, com a doença instalada.

Observação 03:

- Recém-nascidos que necessitam receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados – não vacine com vacinas de agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e até 90 dias após o uso daqueles produtos.
- Recém-nascidos que apresentam doença febril grave – não vacine até a resolução do quadro, para que os sinais e sintomas da doença não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos relacionados à vacina.

SITUAÇÕES ESPECIAIS:

São situações que devem ser avaliadas em suas particularidades para a indicação ou não da vacinação:

- Usuários que fazem uso de terapia com corticosteróides devem ser vacinados com intervalo de, pelo menos, três meses após a suspensão da droga.

NOTAS:

- É considerada imunossupressora a dose superior a 2 mg/kg/dia de prednisona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/kg/dia para adultos por tempo superior a 14 dias.
- Doses inferiores às citadas, mesmo por período prolongado, não constituem contraindicação.
- O uso de corticoides por via inalatória ou tópicos ou em esquemas de altas doses em curta duração (menor do que 14 dias) não constitui contraindicação de vacinação.

Observação 04:

- Registros de contraindicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de vida deverão ser devidamente anotados no prontuário do paciente e consolidados em relatório gerencial mensal. O relatório, que deve ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), deverá conter todas as justificativas caso a caso, com comprovação documental em conformidade com as diretrizes estabelecidas, e ser obrigatoriamente anexado à transmissão mensal pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), assegurando a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento da Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação vigente.

Referência

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2024. Vacina BCG, [S. l.], p. 1-18, 1 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação*. 1. ed. — Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p. ISBN 978-85-334-2164-6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 04 jul. 2025.

INDICADOR DE ACOMPANHAMENTO PERINATAL - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

3.18. PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ACOMPANHANTE DURANTE *TODO* O PROCESSO ASSISTENCIAL AO PARTO (PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO)

Nome	Proporção de gestantes 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	<p>Permite estimar a medida em que o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto é garantido. O fato da gestante 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.</p> <p>Trata-se de uma prática recomendada pela literatura e garantida por lei no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005).</p>
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100

a) Numerador – Número de gestantes que tiveram acompanhante presente em todos os três períodos: pré-parto, parto e pós-parto imediato (primeiras 2 horas após o parto).

b) Denominador – Total de partos realizados (vaginais e cesáreos) no período de análise.

Crítérios de inclusão:

- Todos os partos, cesáreos e normais.

Crítérios de exclusão:

- Nascimentos que ocorram fora do hospital;

Observações 01:

- Em conformidade com a **Lei Federal nº 11.108/2005**, que garante à gestante o direito de ser acompanhada por pessoa de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, informa-se que deverá ser elaborado um relatório que comprove o cumprimento desse direito no âmbito da unidade hospitalar.
- 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.

Relatório de Garantia do Direito ao Acompanhante da Gestante – Principais Tópicos:

Identificação da Gestante:

- Nome completo anonimizado
- Data de nascimento
- Número do prontuário hospitalar
- Data e hora da admissão na maternidade

Identificação do Acompanhante

- Nome completo anonimizado

Períodos de Acompanhamento

Confirmação da presença do acompanhante durante:

- Trabalho de parto
- Parto
- Pós-parto imediato (primeiras 2 horas após o parto)

Observação 02:

- Quando a gestante não indicar ou não tiver acompanhante disponível, a CONTRATADA deverá designar um profissional da equipe assistencial (preferencialmente do sexo feminino, quando possível) para permanecer com a gestante, assegurando apoio contínuo, emocional e físico durante todo o processo.

Referências:

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União: seção 1*, 8 abr. 2005.

INDICADORES RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR

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

Nome	Taxa de Cancelamento de Cirurgias Eletivas por Motivação Alheia ao Paciente.
Conceituação	Número de cirurgias eletivas agendadas que foram canceladas por motivos não relacionados à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal no período.
Importância	É um indicador fundamental para a avaliação da eficiência operacional e da qualidade da gestão hospitalar. Cancelamentos por causas não relacionadas à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal — como ausência de profissionais da equipe cirúrgica, falta de insumos, falhas de agendamento ou indisponibilidade de sala operatória — revelam falhas nos processos internos da unidade e comprometem a produtividade do centro cirúrgico, área de alto custo e complexidade. Além disso, tais cancelamentos impactam negativamente a experiência do paciente, gerando frustração, insegurança e, em alguns casos, atrasos no tratamento que podem agravar o quadro clínico. O monitoramento sistemático deste indicador permite identificar causas evitáveis, subsidiar a adoção de medidas corretivas e otimizar o uso dos recursos disponíveis, promovendo maior resolutividade e eficiência. Por fim, esse indicador também possui relevância estratégica dentro dos contratos de gestão, podendo ser utilizado como parâmetro para avaliação de desempenho institucional e como base para ajustes na gestão assistencial e administrativa da unidade.
Método de Cálculo	Não é aplicável. Envio mensal do relatório.

Para fins deste contrato, consideram-se motivações alheias ao paciente, e, portanto, de responsabilidade da **CONTRATADA**, as seguintes causas:

- Ausência de profissional da equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista ou equipe de enfermagem de apoio);
- Falta de insumos, materiais médico-hospitalares ou medicamentos necessários à realização do procedimento;
- Indisponibilidade de sala cirúrgica por falha de gestão de agenda ou superlotação evitável;
- Inoperância de equipamentos cirúrgicos ou de apoio essenciais à realização do ato cirúrgico (por omissão da gestão da unidade);
- Interdições administrativas ou sanitárias decorrentes de não conformidades sob responsabilidade da **CONTRATADA**;
- Falhas de agendamento, erro de planejamento ou duplicidade de marcação;
- Ausência de autorização administrativa interna prévia necessária para a execução do procedimento.

Observação 01:

- A **CONTRATADA** deverá apresentar, nos relatórios de desempenho, a consolidação dos dados referentes a este indicador, incluindo justificativas detalhadas para cada cancelamento ocorrido por motivo alheio ao paciente, acompanhadas das medidas corretivas adotadas. Deverá ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS).

Definição**Referências:**

SANTOS, G. A. A. C.; BOCCHI, S. C. M. Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 6, p. 2736–2742, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BXvqtZW4ttnryHSC6FJSmy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2025.

Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital escola: causas e estatísticas. *Enfermería Global*, n. 59, jul. 2020. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-286.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.

Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ry/>. Acesso em: 7 jul. 2025.

3.20. 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	<p>Numerador / denominador</p> <p>a) Numerador – Taxa de desocupação x Média de permanência em dias</p> <p>b) Denominador – Taxa de ocupação hospitalar</p> <p>CrITÉRIOS de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Leitos efetivamente ocupados por pacientes, pois são esses que precisam ser avaliados quanto à sua utilização no cálculo do índice. ● Apenas leitos que estão sendo usados por pacientes em tratamento ativo; ● Leitos não vinculados à Central de Regulação, sob controle do próprio hospital. <p>CrITÉRIOS de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Leitos que estão temporariamente fora de operação (ex.: em reforma, manutenção ou bloqueados por qualquer motivo). ● Leitos reservados para emergências, cirurgias programadas, ou situações especiais como isolamento. ● 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. ● 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. ● Leitos hospitalares gerenciados pela Central de Regulação. <p>Definição</p> <p>Descrição das Fórmulas:</p> <p>Fórmulas dos cálculos de Taxa de desocupação, Média de Permanência em dias e Taxa de Ocupação Hospitalar:</p> <p>Taxa de desocupação (%) = (Leito-dia Ocioso / Leito-Dia Disponível) x 100</p> <p>Leito-Dia Ocioso = (Número de Leitos Existentes x Número de dias do período) - Total de Paciente-Dia</p> <p>Leito-Dia Disponível = Número de leitos existentes x Número de dias do período</p> <p>Média de Permanência Hospitalar:</p> <p>MPH = Total de pacientes-dia ÷ Número de saídas hospitalares.</p> <p>Taxa de Ocupação Hospitalar:</p> <p>TOH% = (Total de paciente-dia ÷ (Números de leitos existentes x Número de Dias do período)) x 100</p> <p>Observação: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.</p> <p>Referência da meta:</p> <p>ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. <i>Observatório ANAHP</i>. 15. ed. São Paulo: ANAHP, 2024.</p> <p>Referência das fórmulas:</p> <p>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <i>Terminologia básica em saúde</i>. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. [S. l.], p. 4–50, 1 jan. 1987.</p> <p>SECRETARIA DE SAÚDE, Hospital Geral Prado Valadares. Índice de Intervalo de Substituição – IIS. Governo da Bahia , [S. l.], p. 1-1. ÍNDICE intervalo de substituição: Painel de Gestão à Vista. EBSERH, [S. l.], p. 1-3, 31 jul. 2021.</p>

INDICADORES RELACIONADOS À VIGILÂNCIA DO ÓBITO

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

Nome	Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais ($\geq 24h$).
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos institucionais que ocorreram após, no mínimo, 24 horas da admissão hospitalar e que foram devidamente revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, em um determinado mês, e o total de óbitos institucionais com 24 horas ou mais de internação ocorridos no mesmo período. Esse indicador permite avaliar o grau de cumprimento da rotina institucional de análise sistemática de óbitos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da segurança da assistência prestada.
Importância	O aludido indicador busca certificar que os óbitos foram revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, apresentando maior qualidade ao processo ao qual o paciente foi submetido. Trata-se de um indicador essencial para avaliar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde prestados dentro da instituição. Essa taxa refere-se à revisão e análise de óbitos que ocorrem após 24 horas de internação, ou seja, aqueles que não são mortes imediatas, mas que ocorreram dentro do hospital após um período de observação e cuidado.
Método de Cálculo	<p>Numerador/ denominador x 100</p> <p>a) Numerador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais) revisados, no mês.</p> <p>b) Denominador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais), em um mês.</p> <p>Crítérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apenas óbitos ocorridos dentro da instituição. <p>Crítérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Óbitos com menos de 24h de internação; • Pacientes transferidos com evolução final em outra instituição. <p>Público-alvo: Pacientes internados em hospitais.</p>
Definição	<p>Observação 01: O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente no hospital, incluindo, portanto, o tempo permanecido na unidade de urgência e emergência.</p> <p>Observação 02: A apresentação mensal de resultados deve incluir relatório total dos óbitos, detalhando quantos e quais destes foram revisados pela comissão de prontuário e análises de óbitos.</p> <p>Observação 03: A revisão de óbito é o processo rotineiro e sistemático de avaliação dos óbitos ocorridos em uma unidade de saúde, com o objetivo de verificar se as informações estão completas, se os protocolos assistenciais foram seguidos e se há necessidade de alguma ação corretiva ou de melhoria.</p> <p>Observação 04: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.</p> <p>Referência da Meta:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. E-EFT-02. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1–7.</p>

3.22. 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	<p>Numerador / denominador x 100</p> <p>a) Numerador: Número de óbitos maternos investigados, no mês.</p> <p>Critério de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• Todos os óbitos de mulheres e outras pessoas com capacidade gestacional, 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. <p>Critérios de Exclusão: Não se aplica.</p> <p>b) Denominador: Número total de óbitos maternos: Total de falecimentos de mulheres e outras pessoas com capacidade gestacional por causas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto) no período analisado.</p>
Definição	<p>Critério de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• Óbitos de mulheres e outras pessoas com capacidade gestacional que ocorreram após 42 dias do parto (não mais considerados óbitos maternos). <p>Observação 01: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.</p> <p>Referência:</p> <p>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Série A. Normas e Manuais Técnicos. I., p. 5-83, 1 dez. 2009.</p>

3.23. 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	<p>Numerador / denominador x 100</p> <p>a) Numerador: Número de Óbitos Fetais Analisados - Refere-se à quantidade de óbitos fetais para os quais foi realizada uma investigação formal (como autópsia fetal, exames clínicos, etc.)</p> <p>b) Denominador: Número Total de Óbitos Fetais - É o total de óbitos fetais registrados no período, independentemente de terem sido ou não analisados.</p> <p>CrITÉRIOS de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Óbito fetal ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias; • Fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm. <p>CrITÉRIOS de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Óbitos fetais ocorridos antes da 22ª semana de gestação; • Óbitos fetais de gestações múltiplas; • Óbitos fetais por causas externas. <p>Definição</p> <p>Descrição::</p> <p>Óbito fetal: É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais.</p> <p>Observação 01: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.</p> <p>Referência:</p> <p>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Série A. Normas e Manuais Técnicos, [S. l.], p. 5-83, 1 jan. 2009.</p>

INDICADORES RELACIONADOS À ATENÇÃO AO USUÁRIO

3.24. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Nome	Satisfação do Usuário.
Conceituação	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares com melhora clínica, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
Importância	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
Método de Cálculo	<p>Numerador / denominador x 100</p> <p><u>Índice de Satisfação (90%):</u></p> <p>a) Numerador: Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.</p> <p>b) Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.</p> <p><u>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</u></p> <p>a) Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico e consultas ambulatoriais.</p> <p>b) Denominador: Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica + número de consultas ambulatoriais realizadas no mesmo período.</p> <p>Crítérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes). <p>Crítérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisas com respostas consideradas negativas. <p>Observações 01:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que utilizam os serviços da unidade constitui uma ferramenta essencial de gestão, permitindo identificar expectativas, detectar falhas e promover melhorias contínuas na qualidade do atendimento prestado. • Essa avaliação será realizada por meio de Pesquisa de Satisfação Padronizada, elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e aplicada pela CONTRATADA. Para tanto, a CONTRATADA deverá disponibilizar ao público um dispositivo com interface amigável e acessível, permitindo que o próprio usuário ou acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente os sistemas informatizados utilizados. <p>Interpretações:</p> <p><u>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</u> 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 pontuação zero ao indicador no Índice Global de Qualidade.</p> <p><u>Índice de Satisfação (90%):</u> 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 índice de Satisfação (90%) e para o Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%), impossibilitará a análise do indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como descumprimento da meta estabelecida.</p>
Definição	

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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

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

3.25. ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS

Nome	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.
Conceituação	Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período.
Importância	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutiva e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100

a) Numerador: Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período.

b) Denominador: Número total de queixas recebidas no mesmo período.

Crítérios de inclusão:

- Período de análise compatível: apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual).

Crítérios de Exclusão:

- Não se aplica

Observações 01:

- Para o Registro de Queixas a **CONTRATADA** deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela **CONTRATADA** para resolução das queixas registradas. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de ouvidoria.
- Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual deverá ser importada no referido sistema e transmitida à SES/PE mensalmente.
- As queixas, que devem ser apresentadas na íntegra, e o tratamento dado às mesmas serão apresentados à CTAI por meio do SIMAS, sendo que a referida comissão irá avaliar a qualidade do tratamento dado, aprovando ou não os encaminhamentos dados.
- A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de aceitação das respostas às queixas registradas.
- Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

Definição

Interpretações:

CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão;

SIMAS: Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais;

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente.

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

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

1. Pertinência da Resposta:

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

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

2. Adequação da Solução Apresentada

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

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

3. Cumprimento dos Prazos

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

4. Clareza e Linguagem Adequada

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

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

5. Provas Documentais (se aplicável)

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

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

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

Referências:

BRASIL. *Lei estadual nº 16.420, de 2018.* [S. l.]: Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Programa de Qualificação de Operadoras: fichas técnicas dos indicadores.* Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-atualizadas-0708-pdf>. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. *Taxa de Resolutividade (TR) – Portal de Dados Abertos.* Disponível em: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/taxa-de-resolutividade-tr>. Acesso em: 7 jul. 2025.

INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA

3.26. QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA

Nome	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.
Conceituação	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
Importância	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
Método de Cálculo	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.

Definição	Observação 01: <ul style="list-style-type: none">● A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir as informações no Portal de Transparência e encaminhar relatório contendo tais inserções, subsequente à prestação do serviço.● A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, com base na normativa pertinente à matéria. As informações citadas devem ser inseridas em seu portal da transparência, com a periodicidade instituída em lei. Insta destacar que embora a postagem das informações de transparência em sítio eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral.
------------------	--

Observação 02:

- A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.

Referências:

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 68, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 117, de 15 de dezembro de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 154, de 15 de dezembro de 2021. Recife: TCE/PE, 2021.

BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil). Recomendação n.º 07/2017. IC n.º 1.26.000.000983/2017-79. Brasília, DF, 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria da Controladoria-Geral do Estado; Secretaria de Saúde. *Caderno de Transparência das Organizações Sociais de Saúde*. Recife: SCGE/SES-PE, [s.d.].

Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência

UNIDADE:			
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	
14. CONTRATAÇÕES	1. Regulamentos	Atualizado	
	2. Cotações	Atualizado	
	3. Contratos	Atualizado	
	3.1 Obras		
	3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	3.2 Serviços		
	3.2.1 Contratos - serviços: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	3.3 Aquisição de Bens		
3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado		
15. RECURSOS HUMANOS	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	

		PONTUAÇÃO	LEGENDA		
	Atualizados:	47	Nr	NÍVEL	INTERVALOS %
	Desatualizados:	0	01	DESEJADO	100%
	Incompletos:	0	02	MODERADO	75,01% 99,99%
	Inexistentes:	0	03	INTERMEDIÁRIO	50,01% 75,00%
			04	INSUFICIENTE	25,01% 50,00%
			05	CRÍTICO	0,00% 25,00%
ASSINATURA	NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA:	100,00%	DESEJADO		

Fundamentação Legal

- Lei Federal nº 12.527/2011;
- Recomendação do Ministério Público Federal - MPF nº07/2017, IC nº1.26.000.000963/2017-79;
- Resoluções do 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

3.27. TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.
Conceituação	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
Importância	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela CONTRATADA está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade estão em conformidade com o proposto no contrato.
Método de Cálculo	<p>Numerador / denominador x 100</p> <p>a) Numerador: Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente.</p> <p>b) Denominador: Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente.</p> <p>Crítérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">● Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc.● Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado. <p>Crítérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">● Atividades educacionais realizadas fora do período analisado.
Definição	<p>Interpretações:</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>Referências:</p> <p>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <i>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.</p> <p>MERHY, E. E. <i>Saúde: a cartografia do trabalho vivo</i>. São Paulo: Hucitec, 2002.</p> <p>FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B. <i>O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano</i>. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55–124.</p> <p>SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS – SES-AM. <i>Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027</i>. Disponível em: https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.</p>



Documento assinado eletronicamente por **Gil Mendonça Brasileiro**, em 03/12/2025, às 12:58, 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 05/12/2025, às 08:48, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **77786200** e o código CRC **947650BD**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

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