

**33º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2017, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, E O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO, QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA, 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, residente e domiciliada nesta cidade do Recife, doravante denominada **CONTRATANTE**, e a Organização Social de Saúde **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**, inscrito no CNPJ/MF nº 10.583.920/0010-24, com sede à Av. Manoel Virgílio Sobrinho, KM 1 PE 320, s/nº, Padre Pedro Pereira, Afogados da Ingazeira/PE, CEP: 56.800-000, doravante denominado **CONTRATADA**, neste ato representado pelo Dr. **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**; **CONSIDERANDO** a Nota Técnica nº 56/2025 da Superintendência - Organização Social de Saúde (ID. nº 67210275); **CONSIDERANDO** a Nota Técnica nº 38/2025 da Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão (ID. nº 72059910); **CONSIDERANDO** o Parecer Técnico nº 206/2025 da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI (ID. nº 71006611); **CONSIDERANDO** a Nota de Resposta nº 13 da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI (ID. nº 72120229); **CONSIDERANDO** o Parecer Técnico nº 011/2025 da Comissão Mista de Avaliação dos Contratos de Gestão - CMA (ID. nº 72438028), bem como a instrução do Processo SEI nº 2300000302.000157/2025-75, tem justo e acordado o presente **TERMO ADITIVO** ao **Contrato de Gestão nº 002/2017**, mediante as cláusulas e condições a seguir elencadas:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1. Constitui objeto do presente Termo Aditivo:

- a) a **prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 002/2017** por mais **02 (dois) anos**, correspondente ao período de **30/08/2025 a 29/08/2027**;
- b) a **repactuação das metas e a atualização dos anexos técnicos**, conforme disposto nos Anexos I, II e III deste Termo Aditivo.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR**

2.1. Em razão deste Termo Aditivo, a **CONTRATANTE** continuará pagando à **CONTRATADA** o **valor mensal de R\$ 3.939.246,11** (três milhões, novecentos e trinta e nove mil duzentos e quarenta e seis reais e onze centavos), conforme Despacho nº 836 da Gerência Administrativa Orçamentária dos Contratos de Gestão (ID. nº 72508702).

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

3.1. Os recursos necessários ao atendimento das despesas decorrentes deste instrumento no presente exercício financeiro têm como fonte o Tesouro Estadual e correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias e notas de empenho (ID. nº 67818657 e 67818665):

**Fonte:** 0500000000

**Código U.O.:** 00208

**Programa de Trabalho:** 10.302.0528.4610.1655

**Elemento:** 3.3.50.85

**Nota de Empenho:** 2025NE010546, de 02/05/2025

**Valor da Nota de Empenho:** R\$ 124.121,77

**Fonte:** 0500000000

**Código U.O.:** 00208

**Programa de Trabalho:** 10.302.0528.4610.1655

**Elemento:** 3.3.50.85

**Nota de Empenho:** 2025NE010549, de 02/05/2025

**Valor da Nota de Empenho:** R\$ 1.745,25

3.2. As referidas Notas de Empenho garantem o pagamento da quantia de **R\$ 125.867,02** (cento e vinte e cinco mil oitocentos e sessenta e sete reais e dois centavos). Os demais valores serão liberados mensalmente e reforçados na nota de empenho mencionada, de acordo com o Despacho nº 1052 (ID. nº 72463799), da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DA RATIFICAÇÃO**

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

#### **CLÁUSULA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO**

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

#### **CLÁUSULA SEXTA - DO FORO**

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

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

Recife, data da assinatura digital.

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

**GIL MENDONÇA BRASILEIRO  
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO  
CONTRATADA**

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

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

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

#### **1. INTRODUÇÃO**

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

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

#### **2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

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

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;

- Assistência por equipe médica especializada, equipe de enfermagem e outros profissionais de nível médio e superior;
- Realização de procedimentos sob narcose;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS);
- Garantia de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes no pré-parto, parto e pós-parto imediato, idosos, pessoas com deficiência e mulheres, conforme assegurado pela legislação vigente que regulamenta o SUS, incluindo: o Estatuto da Criança e do Adolescente (**Lei nº 8.069/1990**); a Lei do Acompanhante para Gestantes (**Lei nº 11.108/2005**); o Estatuto do Idoso (**Lei nº 10.741/2003**); a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (**Lei nº 13.146/2015**); e a **Lei nº 14.737/2023**, que dispõe sobre o direito à presença de acompanhante para mulheres em estabelecimentos de saúde;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA**.

## 2.1. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

## 3. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

O **HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA** deverá apresentar um volume de atividade anual, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos nas seguintes áreas:

### 3.1. SAÍDAS HOSPITALARES

**TABELA 01:** Atividade Mensal – Saídas Hospitalares

INTERNAMENTO	ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - SAÍDAS HOSPITALARES												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	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586	7.032

### 3.2. CONSULTAS AMBULATORIAIS MÉDICAS

**TABELA 02:** Atividade Mensal – Ambulatório Médico

AMBULÁTÓRIO	ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - AMBULATÓRIO MÉDICO												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000

### 3.3. CONSULTAS INDIVIDUAIS EM REGIME AMBULATORIAL REALIZADAS POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICOS

**TABELA 03:** Atividade Mensal – Ambulatório Profissional de Nível Superior

AMBULÁTÓRIO	ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - AMBULATÓRIO PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICO												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 individuais em regime ambulatorial realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos	875	875	875	875	875	875	875	875	875	875	875	875	10.500

### 3.4. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**TABELA 04:** Atividade Mensal - Urgência / Emergência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA											
	Mês de Referência											
1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	TOTAL
Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	8.881	8.881	8.881	8.881	8.881	8.881	8.881	8.881	8.881	8.881	8.881	106.572

### 3.5. CIRURGIAS REALIZADAS

**TABELA 05:** Atividade Mensal - Cirurgias Eletivas

CIRURGIAS	ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - CIRURGIAS ELETIVAS												
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	TOTAL
Número de cirurgias realizadas eletivas e de urgência e emergência	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	310	3.720

**Obs 1:** Nos serviços cuja demanda é regulada, na hipótese de impossibilidade de cumprimento das metas estipuladas por parte da CONTRATADA, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda suficiente para atingi-las, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

### 4. AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

Para a avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e qualitativos que estarão diretamente ligados ao pagamento da parte variável do contrato (30% do valor global do contrato), o HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA 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 consultas individuais em regime ambulatorial realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos; 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 / UTI pediátrica; Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto / UTI pediátrica; Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto / UTI pediátrica; Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea; Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden); Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (por 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 (RN), 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. **Transparéncia:** Qualidade da publicação das informações de transparéncia. **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** - Indicadores Quantitativos (Produção)

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META
<b>Produção</b>	Número de saídas hospitalares	586
	Número de consultas médicas realizadas em regime ambulatorial	1.000
	Número de consultas individuais em regime ambulatorial realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos	875
	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	8.881
	Número de cirurgias realizadas	310

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

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE				
TIPO	INDICADOR	META	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
<b>Qualidade da assistência à saúde</b>	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	57
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	≤ 1,66 ≥ 1,66 e ≤ 4,76 ≥ 4,76	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica	0,0 ≥ 0,0 e ≤ 2,7 ≥ 2,7	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto	≤ 3,63 ≥ 3,63 e ≤ 7,1. ≥ 7,1	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica	≤ 4,7 ≥ 4,7 e ≤ 10,03. ≥ 10,03	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto	≤ 7,76 ≥ 7,76 e ≤ 13,76. ≥ 13,76	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	≤ 2,5 ≥ 2,5 e ≤ 6,13 ≥ 6,13	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	
		≤ 0,46%	Pontuação: 4.	

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE				
TIPO	INDICADOR	META	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	> 1,7% Pontuação: 0.  A incidência de LPP no Grupo A	4	
	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ajustadas por risco clínico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	(Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2% ≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias. 11,1%. (Obs: Com plano de cuidados documentado)	4 3 2	
	(Escala de Braden). Densidade de incidência de infecção do trato urinário (com ou sem lesão) associada à cateter vesical ou pacientes internados por de demora em UTI adulto 1.000 pacientes-dia.	cuidados documentado) ≤ 1,66 Pontuação: 4. ≥ 1,66 e ≤ 4,76 Pontuação: 2. ≥ 4,76 ≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia. Pontuação: 0.	4 4 3	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical cirurgia de demora em UTI, 2 pediátrica Taxa de mortalidade	0,0 Pontuação: 4. > 0,0 e ≤ 2,7 ≤ 0,1 Pontuação: 2. até 5,4% Pontuação: 0. > 2,7 Pontuação: 0.	4 4	
	cirúrgica segundo ASA 3 Densidade de incidência de infecção da corrente cirúrgica segundo ASA 4 sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em Conformidade com o UTI adulto Programa Nacional de Segurança do Paciente	até 17,8% ≤ 3,63 Pontuação: 4. > 3,63 e ≤ 7,1, 6,4 Pontuação: 2. Enviar o relatório da classificação de risco	2 1 3 4	
	Densidade de incidência de infecção da corrente (PNSP) testes para sífilis confirmada, associada a admissão de gestantes na UTI pediátrica	Envie 4,7 relatório de paciente > 4,7 e ≤ 10,03. Atingir 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar > 10,03 Pontuação: 0.	3 4 3	
	Taxa de cobertura da pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI Percentual de gestantes com sífilis diagnosticada	A ≤ 7,76 - 100% da Pontuação: 4. testadas na admissão hospitalar > 7,76 e ≤ 13,76 Pontuação: 2. > 13,76 Alcançar 100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento	3 4 3	
Qualidade da assistência à saúde	Densidade de incidência de tratamento juntamente com a recém-nascido, durante a ventilação mecânica em UTI internação hospitalar pediátrica	> 2,5 e ≤ 6,13 Pontuação: 4. hospitalar > 6,13 Pontuação: 0.	3 3	57
Assistência Perinatal Hospitalar	Proporção de partos instrumentalizados com justificativa clínica Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesáreas realizadas com registro de justificativa clínica documentada Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) nascidos vacinados com vacina BCG de pacientes internados por 1000 pacientes-dia.	Ass ≤ 0,46% registro da justificativa clínica em 100% dos partos > 0,46% e ≤ 1,7% Pontuação: 4. > 1,7% Pontuação: 0. Assegurar justificativa clínica A incidência de LPP no Grupo A documentada em 100% das (Braden ≥13) for igual ou inferior a episiotomias realizadas 2,2% A incidência de LPP no Grupo B Atingir 100% dos recém-nascidos (Braden ≤12) for igual ou inferior a vacinados nas primeiras 12 horas de 11,1%. (Obs: Com plano de vida cuidados documentado)	4 4 4 2	17
	Proporção de recém-nascidos vacinados com a vacina BCG de pacientes internados por 1000 pacientes-dia.	Atingir 100% dos recém-nascidos vacinados ≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia	2 3	
	Taxa de mortalidade			

Taxa de cancelamento de <b>ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE</b>				
TIPO Eficiência da Gestão Hospitalar	INDICADOR cirurgias eletivas por motivação intrínseca ao paciente	META Envio da Informação	PONTUAÇÃO POR INDICADOR 3	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	Proporção de reinternações início de intervalo de hospitalares relacionadas substituição de leitos ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta. <b>Taxa de revisão dos óbitos</b>	≤ 20% de reinternação hospitalar pós- cirurgia em até 30 dias. institucionais Revisão entre 80% e 89,9% dos	3 3 2	
Vigilância do Óbito	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto Proporção de óbitos	≤ 1,66 óbitos institucionais Pontuação: 4. >1,66 e ≤ 4,7 óbitos a 80% Pontuação: 2. institucionais Investigação 4,7600% dos óbitos Pontuação: 0. índice de óbitos	1 0 4 2	6
Atenção ao Usuário	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, úario laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto Índice de aceitação das	Inverjar menos que 100% dos óbitos maternos Pontuação: 4. >0,0 e ≤ 2,7 óbitos maternos Pontuação: 2. Analizar 100% dos óbitos fetais Analizar menos que 100% dos óbitos fetais Aferir > 2,7 fação do Último Óbito Pontuação: 0.	0 2 4 0 3	6
Transparéncia	Densidade de incidência de infeções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica	superior a 90,0% Pontuação: 4. Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 3,63 e ≤ 7,1 Pontuação: 2. superior a 80,0% e menor que 90,0% Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% Aferir satisfação do usuário menor que 70% Pontuação: 0.	2 1 4 0	
Qualidade da assistência à saúde	Densidade de incidência de infeções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas Pontuação: 4. > 4,7 e ≤ 10,03. Pontuação: 2. Atingir o grau desejável (75% - 100%) de qualidade da publicação das informações de transparéncia Atingir o grau moderado (50% - 75%) da publicação das informações de transparéncia Pontuação: 0.	3 4 4 3	
Educação Permanente	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	informações de transparéncia ≤ 7,76 Pontuação: 4. Atingir o grau insuficiente (25% - 50%) de qualidade da publicação das informações de transparéncia > 7,76 e ≤ 13,76. Pontuação: 2. informações de transparéncia Atingir o grau crítico (0% - 25%) de qualidade da publicação das informações de transparéncia Pontuação: 0.	2 4 1	4
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	≤ 2,5% das ações de educação na saúde programadas Pontuação: 4. > 2,5 e ≤ 6,13% das ações de educação na saúde programadas Pontuação: 2. qualidade da publicação das informações de transparéncia Pontuação: 0.	0 4	57
	Plano de Educação Permanente	90,0% a 100% das ações de educação na saúde programadas Pontuação: 4. > 0,46% e ≤ 1,7% das ações de educação na saúde programadas Pontuação: 2. ≤ 0,46% das ações de educação na saúde programadas Pontuação: 0.	4 4 2	
<b>TOTAL</b>	(Escala de Braden).	<b>cuidados documentado)</b>	2	100
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por			

**Obs 1:** No que diz respeito ao Índice Global de Qualidade, o **primeiro trimestre** será monitorado e avaliado. No entanto, os resultados obtidos nesse período não serão objeto de apontamento de descontos, uma vez que esse intervalo é destinado à implantação das metodologias de análise dos

indicadores.

**Quadro 03** - Indicadores Quantitativos de Acompanhamento - **Sem Valoração Financeira**

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO		
TIPO	INDICADOR	META
<b>Produção</b>	Número de procedimentos de SADT por tipo	Envio da Informação
	Número de partos realizados (vaginal e cesáreo)	Envio da Informação

**Quadro 04** - Indicadores Qualitativos de Acompanhamento - **Sem Valoração Financeira**

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO		
TIPO	INDICADOR	META
<b>Qualidade</b>	Número de mulheres com acompanhante durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)	Envio da Informação

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

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

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

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

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

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

**5.3.** Relatório de Custos;

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

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

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

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

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

## ANEXO TÉCNICO II DO CONTRATO SISTEMA DE PAGAMENTO

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

### 1. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REPASSADOS:

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

(X) Internamento

(X) Atendimento Ambulatorial

(X) Atendimento de Urgências e Emergências

**(X) Cirurgias Eletivas e de Urgência**

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

**1.2.** O montante do orçamento econômico-financeiro do **HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA** para o exercício de 2025/2026 destinado ao custeio com as Despesas Operacionais e Administração Central do Contrato de Gestão é de **R\$ 45.312.119,64 (quarenta e cinco milhões, trezentos e doze mil, cento e dezenove reais e sessenta e quatro centavos)**, sendo mensal de **R\$ 3.776.009,97 (três milhões, setecentos e setenta e seis mil, nove reais e noventa e sete centavos)**, incluindo os recursos com administração central.

**1.3.** O montante anual do orçamento econômico-financeiro das Despesas Operacionais do **HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA** para o exercício de 2025/2026 é de **R\$ 44.683.834,44 (quarenta e quatro milhões, seiscentos e oitenta e três mil, oitocentos e trinta e quatro reais e quarenta e quatro centavos)**, sendo mensal de **R\$ 3.723.652,87 (três milhões, setecentos e vinte e três mil, seiscentos e cinquenta e dois reais e oitenta e sete centavos)**, e corresponde a sua modalidade de atividade assistencial.

**1.4.** Os recurso correspondente à Administração Central no valor mensal de **R\$ 52.357,10 (cinquenta e dois mil, trezentos e cinquenta e sete reais e dez 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\$ 31.278.684,11 (trinta e um milhões, duzentos e setenta e oito mil, seiscentos e oitenta e quatro reais e onze centavos)** será repassado em 12 (doze) parcelas mensais no valor de **R\$ 2.606.557,01 (dois milhões, seiscentos e seis mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e um centavo)**.

**1.6.2. 20% (vinte por cento)** do valor mencionado no item **1.3** acima, ou seja, **R\$ 8.936.766,89 (oito milhões, novecentos e trinta e seis mil, setecentos e sessenta e seis reais e oitenta e nove centavos)** serão repassados em 12 (doze) parcelas mensais, de até **R\$ 744.730,57 (setecentos e quarenta e quatro mil, setecentos e trinta reais e cinquenta e sete 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\$ 4.468.383,44 (quatro milhões, quatrocentos e sessenta e oito mil, trezentos e oitenta e três reais e quarenta e quatro centavos)** será repassado em 12 (doze) parcelas mensais de até **R\$ 372.365,29 (trezentos e setenta e dois mil, trezentos e sessenta e cinco reais e vinte e nove 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 pontuação de serviços contratualizados neste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam e especificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

**1.18.** Além das atividades de rotina, o **HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA** 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
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
Número de consultas individuais em regime ambulatorial realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos	Acima do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	1,5% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número de atendimentos de urgência e emergência realizado por profissional médico e de enfermagem	Acima do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato
Número de cirurgias de realizadas	Acima do volume contratado	6,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	6,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

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

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

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

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

### **ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO**

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

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

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

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

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

### **MANUAL DE INDICADORES – PARTE VARIÁVEL CONTRATO DE GESTÃO DESCRÍÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO**

#### **1. INTRODUÇÃO**

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

#### **2. METAS E INDICADORES**

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

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

**QUADRO 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
<b>Produção</b>	Número de saídas hospitalares	Total de saídas hospitalares	Atingir o quantitativo de <b>586</b> saídas hospitalares por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de consultas médicas realizadas	Total de consultas médicas ambulatoriais	Realizar <b>1.000 consultas médicas em regime ambulatorial</b>	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de consultas individuais em regime ambulatorial realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos	Total de consultas realizadas em regime ambulatorial por profissional de nível superior, exceto médico	Realizar <b>875 consultas de profissional de nível superior em regime ambulatorial</b>	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados por profissional médico e de enfermagem	Total de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros no serviço de urgência e emergência	Realizar <b>8.881 atendimentos de urgência/emergência</b> por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de cirurgias realizadas	Total mensal de cirurgias realizadas	Realizar <b>310 cirurgias mensais</b> , informando a produção por especialidade médica responsável pelos procedimentos.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

### 2.1.1. NÚMERO DE 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 **586** 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\$)
<b>Número de saídas hospitalares</b>	Acima do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

### 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 **1.000** 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 CONSULTAS INDIVIDUAIS EM REGIME AMBULATORIAL REALIZADAS POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR, EXCETO MÉDICO.

O indicador em questão refletirá a quantidade de consultas realizadas por profissionais de nível superior (exceto médico), 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 **2,0%** 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 **875** consultas individuais realizadas em regime ambulatorial por profissional de nível superior, exceto médicos .

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
Número de consultas individuais em regime ambulatorial realizadas por profissionais de nível superior, exceto médicos.	Acima do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	1,5% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	0,5% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

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

O indicador atendimentos de urgência e emergência vai demonstrar a quantidade de atendimentos de urgência e emergência realizados pela unidade mês a mês. Para efeitos de monitoramento, entende-se por atendimentos de urgência/emergência aqueles realizados por profissional médico e por enfermeiro no serviço de urgência/emergência da unidade. Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até **4,0%** 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 **8.881** 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:

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	4,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	1,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

#### 2.1.5 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, excetuando-se os partos cesáreos, 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 **6,0%** 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 **310** 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	6,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	6,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	3,0 % do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0 % do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

## 2.2 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 trimestrais com a **CONTRATANTE**, podendo servir de base para reavaliações contratuais, auditorias ou reestruturações de processos.

Seguem abaixo os Indicadores de PRODUÇÃO - **Sem valoração financeira**:

**Quadro 02** - Especificação Geral dos Indicadores Quantitativos (Produção) sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUANTITATIVOS				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PRODUÇÃO	Número de procedimentos de SADT por tipo	Total de procedimentos de SADT por tipo	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 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.

### 2.2.2. NÚMERO DE PARTOS REALIZADOS (VAGINAL E CESÁREO)

Refere-se à quantidade total de partos realizados, categorizados entre vaginais e cesáreos, sendo um indicador sem valoração financeira. A meta consiste em apresentar os dados relacionados à produção desses procedimentos, assegurando que a oferta de partos esteja em conformidade com as necessidades assistenciais, respeitando a qualidade e a segurança do atendimento 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 o Indicador QUALITATIVO - **Sem valoração financeira**

**Quadro 03** - Especificação Geral do Indicador Qualitativo sem Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUALITATIVOS				
TIPO	INDICADOR QUALITATIVO	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
<b>QUALIDADE</b>	Número de mulheres com acompanhante durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).	Número de mulheres acompanhadas durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).	Apresentar informações sobre o quantitativo de mulheres que foram acompanhadas durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

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

Este indicador, ainda que não seja valorado, tem como finalidade mensurar o número de mulheres que contaram com a presença de acompanhante de sua livre escolha durante todas as etapas do processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato). Busca monitorar a efetivação do direito garantido por lei, fortalecer a humanização da assistência obstétrica e assegurar maior segurança, acolhimento e apoio emocional às mulheres no momento do nascimento.

As informações serão encaminhadas por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), ou outra tecnologia da informação e comunicação (TIC) definida pela Contratante, **até o 20º (vigésimo) dia do mês subsequente à execução da atividade**. Para melhor detalhamento, seus critérios estão descritos na ficha técnica constante 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, vigilância do óbito, programa de imunização, atenção ao usuário, transparência e educação permanente. O índice, com pontuação variando de 0 a 100 pontos, tem seu resultado alcançado diretamente relacionado à sistemática de pagamento do contrato de gestão, incentivando a melhoria contínua e o cumprimento das metas estabelecidas.

Segue abaixo o Quadro Geral de Indicadores de Qualidade:

**Quadro 03** - Indicadores de Qualidade Assistencial (índice Global de Qualidade)

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	Avaliar a qualidade da assistência e efetividade da CCIH.	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados ao trato urinário associado à cateter vesical de demora na UTI adulto.	≤ 1,66 Pontuação: 4. > 1,66 e ≤ 4,76 Pontuação: 2. > 4,76 Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	
	Densidade de infecções adquiridas	Monitorar a frequência de infecções adquiridas	0,0 Pontuação: 4. > 0,0 e ≤ 2,7 Pontuação: 2. > 2,7 Pontuação: 0.			

TIPO	incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI	pelos paciente	ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE			
	relacionados trato urinário associada à ESPECIFICAÇÃO cateter vesical de demora na UTI	META	FONTE DE REVERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR	PONTUAÇÃO POR GRUPO	
			à SES, anexo à	INDICADOR		
Qualidade da assistência à saúde	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao te procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após associação cateter	pediátrica.	> 2,7 Pontuação: 0.	transmissão do SIMAS	4	
	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea,	≤ 3,63 Pontuação: 4.				
	Avaliar a frequência da assistência e efetividade da CCIH.	> 3,63 e ≤ 7,1 Pontuação: 2.				
	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	SIMAS ou outra solução determinada Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3		
	venoso central em UTI adulto.	venoso central em UTI adulto de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados ao trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI	≤ 1,66 Pontuação: 4. ≥ 1,66 e ≤ 4,7 Pontuação: 0. ≥ 4,7 e ≤ 10,03 Pontuação: 2.	SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI associado a cateter	Avaliar a frequência relacionados ao trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI	> 1,66 e ≤ 4,7 Pontuação: 2.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	
	venoso central em UTI pediátrica.	nascidos internados em UTI pediátrica.	0,0 Pontuação: 4. ≥ 10,03 Pontuação: 0.	SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	
	Densidade de incidência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva pelos pacientes relacionados ao trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI	Avaliar a frequência de Monitoraria de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva pelos pacientes relacionados ao trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI de pneumonia	> 0,0 e ≤ 2,7 Pontuação: 2. ≤ 7,76 Pontuação: 4. > 7,76 e ≤ 13,76 Pontuação: 2.	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.	≤ 2,5 Pontuação: 4. ≥ 2,5 e ≤ 13,76 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.	≤ 0,46% Pontuação: 4. > 0,46% e ≤ 1,1% Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4		
	Densidade de Tanto de infecções relacionadas à cateter venoso central em UTI adulto.	prestado às pacientes	≤ 4,7 Pontuação: 4.	SIMAS ou outra solução determinada	4	57
	Avançar a frequência de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em recém-nascidos internados em UTI pediátrica.	≥ 4,7 e ≤ 10,03 Pontuação: 2.				
	relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos internados em UTI pediátrica.	> 10,03 Pontuação: 0.	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	
	Densidade de incidência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes adultos internados em UTI.	> 13,76 Pontuação: 0.			4	
	Densidade de incidência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes adultos internados em UTI.	≥ 13,76 Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4		
hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	Avançar a frequência de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes adultos internados em UTI.	Grado R (Braden <12) for ≤ 7,76 Pontuação: 4. Igual ou inferior a 11,1%. > 7,76 e ≤ 13,76 (Obs: Com plano de cuidados documentado) Pontuação: 2.			2	
	classificação de risco obtida pela Escala de ocorrência de casos Braden de pneumonia	≤ 2,5 Pontuação: 4. > 2,5 e ≤ 6,13 Pontuação: 2.	SIMAS ou outra solução determinada	pela SES/PE		

TIPO	ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE					
	incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes	Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas. Acompanhar e avaliar a qualidade e segurança dos cuidados cirúrgicos da assistência prestados à efetividade da CCIH, pacientes com baixo ASA 1.	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3					
Proporção de 00 reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta cirúrgica segundo	unidade de saúde que sofram quedas. Avaliar a qualidade e segurança dos cuidados cirúrgicos da assistência prestados à efetividade da CCIH, pacientes com baixo ASA 1.	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia. ≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	Relatório da SIMAS ou outra Comissão de Óbitos, solução determinada enviada à SES, anexo à transmissão do	pela SES/PE	3	
Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à taxa de mortalidade cateter vesical de cirúrgica segundo demora em UTI adulto	Monitorar e avaliar a frequência de Monitorar e avaliar a infecções adquiridas pelos pacientes que estão relacionados ao atendimento urinário associado à cirúrgica em cateter vesical de pacientes com risco moderado (ASA 2). adulto. Monitorar e avaliar a	≤ 1,66 até 4,76 Pontuação: 4. > 1,66 e ≤ 4,76 Pontuação: 2. até 5,4% > 4,76 Pontuação: 0.	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à Relatório enviado à SES, anexo à SIMAS, anexo à transmissão do SIMAS	SIMAS	4	
Taxa de mortalidade ciDensidade dejo incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica.	segurança e qualidade do atendimento relacionados ao risco de infecções de bactérias pelas pacientes que estão relacionados ao atendimento urinário associado à cirúrgica em cateter vesical de segurança ou demora na UTI atendimento pediátrica, cirúrgico para	0,0 Pontuação: 4. > 0,0 e ≤ 2,7 Pontuação: 2. até 17,8% > 2,7 Pontuação: 0.	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	SIMAS	2	
Taxa de mortalidade cirincidência dejo infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	Monitorar e avaliar a frequência de infecção da corrente sanguínea, garantir que os laboratorialmente pacientes atendidos confirmada, em unidades de associada a cateter urgência e venoso central em emergência, UTI adulto, recebem a cefida	≤ 3,63 Pontuação: 4. > 3,63 e ≤ 7,1 Pontuação: 2. até 65,4% > 7,1 Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	SIMAS	1	
Densidade de Adicional deem infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter Conformidade com o venoso central em Programa Nacional UTI pediátrica, de Segurança do	atenção conforme a garantia de frequência de infecção da corrente sanguínea, garantir que os de cateter venoso incidentes de central em recém-saúde seguem nascidos internados registrados, em UTI pediátrica, analisados e	≤ 4,7 Pontuação: 4. > 4,7 e ≤ 10,03 enviar o relatório da classificação de risco Pontuação: 2. até 10,03 Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3	
Paciente (PNSP).	Avaliar a frequência de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes adultos internados em UTI.	Envio do relatório de segurança do paciente ≤ 7,76 Pontuação: 4. > 7,76 e ≤ 13,76 Pontuação: 2. Atingir 100% das gestantes testadas na internação.	transmissão do SIMAS	3		
Densidade de Taxa de coletura da pneumonia para associação à ventilação mecânica em UTI adulto.	identificar a hospitalar para ocorrência de casos de pneumonia	> 13,76 Pontuação: 0.	CIMAC ou outras Relatório enviado à SES, anexo à determinada pela transmissão do SIMAS	SES/PE	4	
gestantes na maternidade.	admissão Identificar a hospitalar para ocorrência de casos de pneumonia	≤ 2,5 Pontuação: 4. > 2,5 e ≤ 6,13 Pontuação: 2.	SES/PE	3		

TIPO	Taxa de cobertura <b>INDICADOR</b> rápida para HIV na infecção pelo HIV	Assegurar a ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE					
		identificação precoce de ESPECIFICAÇÃO gestantes com infecção pelo HIV	META Alcançar 100% das gestantes testadas na	FONTE DE SIMAS ou outra VERIFICAÇÃO solução	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO	
<b>Assistência Perinatal Hospitalar</b>	admissão de Proporção de gestantes na reinternações maternidade hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após diagnô. alta. ja no	no momento da admissão hospitalar para o parto.	admissão hospitalar	determinada pela SES/PE	3		
	parto que iniciaram tr. Densidade de Incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	Monitorar a diagnosticadas no frequência de parto e em seus infecções adquiridas recém-nascidos pelos pacientes durante a relacionados trato interno. urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em Alcance 30 dias. das sifilis em gestantes puérperas e recém- ≤ 1,66 nascidos com tratamento > 1,66 e ≤ 4,76 iniciado durante o internamento hospitalar	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3		
	Proporção de partos instrumentalizados, com justificativa clínica registrada. Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica. Proporção de	instrumentalizados, como fórceps e vácuo-extrator, sejam realizados de Monitorar a forma criteriosa, frequência de com base em infecções adquiridas pelas pacientes devidamente relacionados trato registradas. urinário associada à cateter vesical de conformidade da demora na UTI realização da pediátrica. episiotomia com as	0,0 Pontuação: 4, Assegurar o registro da > 0,0 e ≤ 2,7 Pontuação: 2. 100% dos partos instrumentalizados.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea justificativa laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	Monitorar as boas práticas frequência de obstétricas, infecção da corrente sanguínea, esses procedimentos laboratorialmente confirmado que associada a cateter venoso central em UTI adulto. Monitorar, analisar	≤ 3,63 rar Pontuação: 4, clínica documentada em > 3,63 e ≤ 7,1 100% das episiotomias sanguíneas realizadas.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	2	17	
	Densidade de proporção de recém - nascidos infecção da corrente sanguínea dose de vacina laboratorialmente contra hepatite B. confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica.	e avaliar as ações Adotar protocolos de proteção da mãe e corrente sanguínea e relações de uso prestativo entre centro de saúde e maternidade hospitalares em UTI pediátrica.	≤ 4,7 Pontuação: 4, Atingir 100% dos recém - nascidos vacinados nas primeiras 12 horas de vida	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2		
	Proporção de infecção da corrente sanguínea associada à pneumonia, associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	Avaliar a frequência Pde ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes adultos internados em UTI.	≤ 7,76 Pontuação: 4, Atingir 100% dos recém - nascidos vacinados 13,76 Pontuação: 2.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4		
		Identificar a ocorrência de casos de pneumonia	≤ 2,5 Pontuação: 4, >2,5 e ≤ 6,13 Pontuação: 2.				

TIPO	Taxa de INDICADOR cancelamento de cirurgias eletivas	processos administrativos e ESPECIFICAÇÃO operacionais que levam ao	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO	IDENTIFICAR FALHAS ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE	
							SIMAS ou outra	
Eficiência da Gestão Hospitalar	Proporção de alreinternações est. hospitalares relacionadas ao procedimento índice de intervalo cirúrgico, ocorridas de substituição de em até 30 dias após ieitos. a alta.	cancelamento de cirurgias. Avaliar e monitorar o tempo entre a desocupação e a Avaliar a qualidade ocupação de leitos da assistência e hospitalares. efetividade da CCIH.	Envio da Informação ≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em ≤ 1,64 dias até 30 dias. Revisão de 90% ou mais.	solução determinada pela SES/PE SIMAS ou outra SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3 3 3	6		
	Taxa de revisão óbitos Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Proadulto de adulto. Investigar os óbitos	Monitorar a Revisar os óbitos frequência que ocorreram após 24 horas de internação relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI adulto. Investigar os óbitos	d≤ 1,660s imPontuação: 4, > 1,660s e ≤ 4,76 entre 80% e 89,9% doPontuação: 2, institucionais Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais Investigar 100% dos óbitos maternos > 4,76 Pontuação: 0.	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS Relatório enviado à SES, anexo à Comissão de Óbitos, transmissão do SIMAS enviado à SES,	2 1 0 2 4			
	Óbitos maternos investigados.	maternos.	Iniciar a investigação Pontuação: 4, 100% dos óbitos maternos > 0,0 e ≤ 2,7 Pontuação: 2.	anexo à transmissão do SIMAS	0			
	Proporção de Densidade de óbitos fetais incidência de analisados. infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica.	Monitorar a frequência de infecções nos óbitos pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI pediátrica. Aferição mensal do	Analizar 100% dos óbitos fetais Analisar menos que 100% dos óbitos fetais Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0% Afe > 2,7 isfac Pontuação: 0.	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	2 0			
	Densidade de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto. is	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto. is	igual ou superior a 80,0% e ≤ 3,63 Pontuação: 4, menor que 90,0% > 3,63 e ≤ 7,1 Atingir a satisfação do usuário igual ou superior a 90,0% > 7,1 Pontuação: 0.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	2 1 0 4			
	respostas às Densidade de queixas incidência de registradas. infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica.	queixas recebidas na unidade de Avaliar a frequência saude. de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos internados em UTI pediátrica.	mais das resoluções de ≤ 4,7 queixas recebido Pontuação: 4, > 4,7 e ≤ 10,03 Atingir o grau desejável (75% - 100%) de qualidade da publicação das informações de transparéncia > 10,03 Pontuação: 0.	determinada pela SES/PE	3 4 4			
	Densidade de incidência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva	Avaliar a frequência de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação	(50% - 75%) de qualidade ≤ 7,76 Pontuação: 4, da publicação das informações de 7,76 e ≤ 13,76 transparéncia	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3			
	Qualidade da em UTI adulto. publicação das	Aferição mensal de em pacientes adultos internados em UTI. transparéncia em	Atingir o grau insuficiente (25% - 50%) de qualidade > 13,76 Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	2			
	informações de transparéncia.	correspondentes com ocorrências de gases normativas de pneumonia	informações de ≤ 2,5 transparéncia Pontuação: 4, > 2,5 e ≤ 6,13 Pontuação: 2.	Integridade e Transparéncia da DGMCG/SECI/SES/PE				
							4	

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	25%) de qualidade da publicação das METAS informações de transparência	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
<b>Educação Permanente</b>	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.	Atingir o grau inexistente (0%) de qualidade da publicação das informações de transparência	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	0	
	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 adulto.	<p><math>\leq 1,66</math> período. Pontuação: 4.            80,0% a 89,9% das ações  <math>&gt; 1,66</math> e <math>\leq 4,76</math> período. Pontuação: 2.            70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.  <math>&gt; 4,76</math> período. Pontuação: 0.</p>	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	2	4
			<p><math>&lt; 70,0%</math> das ações de educação na saúde. Pontuação: 4.  <math>&gt; 0,0</math> e <math>\leq 2,77</math> período. Pontuação: 2.</p>		0	
	<b>TOTAL</b>	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados ao trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto.				100
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto					
<b>Vale ressaltar que, no caso</b> <b>urinário associada a</b> <b>Caso a mensuração não se</b> <b>cateter vesical de</b> <b>relacionado ao trato</b> <b>dos indicadores cuja fonte de verificação seja o SIMAS, deve-se considerar a viabilidade de mensuração por meio deste sistema.</b> <b>A seguir, são disponibilizadas as fichas técnicas:</b>						
<b>3. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES</b> 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 transparéncia dos processos e contribuem para a melhoria contínua da assistência prestada, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).						
<b>INDICADORES RELACIONADOS À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>						
<b>3.1 PROPORÇÃO DE RÉINTERNAÇÕES HOSPITALARES RELACIONADAS AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, OCORRIDAS EM ATÉ 30 DIAS APÓS A ALTA</b>						
<b>Nome</b>	UTI adulto.	UTI adulto.	$> 7,1$	Pontuação: 0.	transmissão do SIMAS	4
	Densidade de infecções da		$\leq 4,7$	Pontuação: 4.		
<b>Conceituação</b> Percentual de pacientes que foram readmitidos no hospital em até 30 dias após a alta hospitalar relacionadas ao uso de cateter cirúrgico, por motivo clinicamente relacionado à cirurgia realizada.						
<b>Importância</b> Indicador essencial associado a cateter que as cirurgias, especialmente as limpas, sejam realizadas de maneira segura e eficaz. A redução desse taxa resulta em melhores resultados para os pacientes, menores custos hospitalares e cuidado prestado.						
<b>Método de Cálculo</b> Avaliar a frequência da pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica invasiva em pacientes adultos internados em UTI adulto.						
<b>Nome</b> Identificar a ocorrência de casos de pneumonia						

<b>Nome</b>	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta/tam no denominador (saídas no mês anterior ao mês de competência).
<b>Conceituação</b>	Percentual de pacientes que foram reinternados no hospital em até 30 dias após a alta hospitalar decorrente de procedimento cirúrgico, por motivo clinicamente relacionado à cirurgia realizada.
<b>Importância</b>	<p>● Motivo do internamento compatível com complicações pós-operatórias (ex: infecção de Indicador essencial para monitorar a eficácia dos protocolos de controle de infecção, garantindo sítio cirúrgico, desidratação, hemorragia, tromboembolismo, etc.);</p> <p>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.</p> <p>● Reinternação hospitalar (não inclui atendimentos ambulatoriais ou em pronto atendimento dessa taxa resulta em melhores resultados para os pacientes, menores custos hospitalares e maior qualidade no cuidado prestado).</p> <p>● Reinternações hospitalares ocorridas no mesmo estabelecimento, dentro de 30 dias</p>
<b>Método de Cálculo</b>	corridos, com diagnóstico relacionado ao procedimento cirúrgico inicial, conforme CID Numerador / denominador x 100

**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.

<b>Critérios de Inclusão:</b>
a) <b>Numerador:</b> 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).
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico hospitalar (eletivo ou de urgência/emergência);</li> </ul>
<b>Critérios de Exclusão:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Maior condição de alta definitiva</b> de complicações pós-operatórias (ex: infecção de procedimentos, rebleeding, hemorragia, tromboembolismo, etc.) propriamente ditas, não decorrentes de procedimento cirúrgico;</li> <li>● Internamentos ambulatoriais (mais curtos que o dia de internamento) ambulatoriais ou em pronto atendimento sem internação).</li> </ul>
<b>Critérios de Exclusão:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reinternações hospitalares ocorridas no mesmo estabelecimento, dentro de 30 dias</li> <li>● Não se aplica</li> </ul>

<b>Definição</b>	<p><b>Observação 01:</b> <b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Para a estratificação das reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída do seu primeiro internamento.</li> <li>● Reinternações eletivas programadas ou previamente agendadas no momento da alta;</li> <li>● Reinternações em até 30 dias por trauma ou outra condição aguda não relacionada à cirurgia inicial.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b> <b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Fonte de dados:</b> As informações para cálculo deste indicador deverão ser extraídas, preferencialmente, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), com base nos registros de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHS), e complementadas por dados do prontuário eletrônico e dos sistemas de gestão da unidade, quando necessário.</li> </ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A paciente deve ter 30 dias posteriores à data da alta hospitalar de origem/entidade, de análise será a coorte mensal de altas hospitalares.</li> <li>● Alterações de procedimento cirúrgico (ex: reinternação, etc.), ocorrer na mesma unidade hospitalar de alta definitiva do internamento de informação hospitalar (ex: SIH-SUS), com codificação compatível com complicações cirúrgicas propriamente ditas, não decorrentes de procedimento cirúrgico;</li> <li>● A protracted rehospitalização ou reinternação, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra solução tecnológica definida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), respeitando os prazos e formatos estabelecidos pela contratante.</li> </ul>
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Definição</b>	<p><b>Observação 01:</b></p> <p><b>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil), clínico e cirúrgico, propor de reinternação hospitalar de paciente no mesmo dia da saída da sua primeira internação.</b></p> <p><b>Observação 02:</b></p> <p><b>BRAZIL</b> Forneça a adesão à vigilância sanitária desse indicador, devendo ser extensiva as infecções preferencialmente de sistema de informação hospitalar e/ou informática gerencial. Gerência de registro e apresentação das internações hospitalares Adversas contratação, 2009. dados do prontuário eletrônico e dos sistemas de gestão da unidade, quando necessário.</p> <p><b>BRAZIL</b> contratação de vigilância sanitária relativa ao 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.</p> <p>● 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.</p>
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), respeitando os prazos e formatos

<b>Nome</b>	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Adulto / Pediátrico
<b>Conceituação</b>	Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
<b>Importância</b>	O acompanhamento da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora (ITU-CVD) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui um componente essencial da vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), bem como do monitoramento da qualidade e da segurança do cuidado prestado em ambientes críticos. A infecção urinária associada a CVD é uma das IRAS mais prevalentes em UTIs, estando fortemente relacionada ao uso prolongado e/ou inadequado do dispositivo, à adoção de técnicas assépticas inadequadas durante a inserção e a manutenção, bem como a falhas na aplicação de protocolos.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 1.000
	<p><b>Fórmula do cálculo:</b> (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000 Estratificar os dados da fórmula em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de terapia intensiva (UTI) adulto / Pediátrico.</li> </ul> <p><b>a) Numerador:</b> Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário;</li> <li>● O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior;</li> <li>● Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes que utilizam cateter duplo J;</li> <li>● Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de demora, como cateter duplo J, cistostomia, punção suprapública e cateterização intermitente;</li> <li>● 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).</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A caracterização de infecção do trato urinário (ITU) associada ao uso de cateter vesical de demora (CVD) deverá obrigatoriamente seguir os 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.</li> <li>● 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.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b> A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da</p>

<b>Nome</b>	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.
<b>Conceituação</b>	cateter ou dispositivo para determinar o tempo de exposição de cada paciente. Ele reflete diretamente as práticas de cuidados intensivos e contribuirá 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 eficiente e com menor risco de complicações associadas ao uso do dispositivo.
<b>Definições:</b>	O acréscimo de uma medida de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora (CVD) em cidades de terceira mundo (suprapúbica e cateterização intermitente) é fundamental para a vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), bem como para a monitorização da eficiência de recursos destinados a ambientes críticos. A perfecção nómica associada a CVD é uma das mais prevalentes em hospitalares, tendo uma forte relação com a utilização de dispositivos invasivos. As técnicas assépticas devem ser utilizadas durante a inserção e a manutenção, bem como a falhas na aplicação de protocolos.
<b>Importância</b>	<b>Observação 03:</b> O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção do 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.
<b>Método de Cálculo</b>	<b>Fórmula do cálculo:</b> (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000. Estratificar os dados da seguinte maneira: <b>Observação:</b> Para a identificação das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de referência de referência de 2020 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023. <b>a) Numerador:</b> Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse. <b>Referência da meta:</b> Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA. <b>Critérios de inclusão:</b> • Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por mais de 72 horas. <b>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAH).</b> Observatório ANAHP. 3. ed. São Paulo: ANAHP, 2019. • Ativo positivo: estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; <b>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAH).</b> Observatório ANAHP 2019: publicação anual. 11. ed. São Paulo: ANAHP, 2019. <b>Critérios de Exclusão:</b> <b>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</b> Instrução Normativa n.º 4, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010. • Pacientes que utilizam cateter duplo J; • Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de <b>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</b> Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, set. 2010. <b>Definições</b>
	<b>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</b> Segurança do paciente e qualidade de vida. Boletim Informativo, v. 1, n. 3, Brasília, 2011. <b>CRITÉRIOS NACIONAIS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.</b> Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva de Obstetrícia e Ginecologia em período de trabalho. Superior Anvisa, 2010. <b>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</b> Critérios diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde. Resolução n.º 07, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010. <b>Critérios de Exclusão:</b> • 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
<b>3.3. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA, LABORATORIAL, EM UTI ADULTO / UTI PEDIÁTRICO</b>	<b>Observação 01:</b> <b>Nome</b> Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorial, em UTI adulta e UTI pediátrica. Asociada ao risco de infecção de UTI adulta e UTI pediátrica. Os critérios diagnósticos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme 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 Assistência à Saúde (IRAS), nº 01 / 2024. 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. 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. Este indicador é aplicável as 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, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade.
<b>Conceituação</b>	Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, 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 e o tempo total de exposição ao dispositivo. O monitoramento ao dispositivo será
<b>Importância</b>	

<b>Metodologia</b> <b>Cálculo</b>	Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, Numerador / denominador x1000 Associada à Cateter Venoso Central em UTI Adulto / UTI Pediátrico.
<b>Conceituação</b>	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 pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês. Terapia Intensiva (UTI) é expressa por 1.000 cateteres-dia. A utilização de "cateter-dia" como critério de inclusão: ajuste do tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco de infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso. Este indicador é aplicável a qualquer período. Terapia intensiva dia é técnica que utiliza dispositivos, devendo ser analisado o tempo de exposição ao dispositivo, fazendo independente do horário de inserção mais preciso horário da quantidade de paciente contado em uso do dispositivo, podendo haver remoção no dia anterior.
<b>Importância</b>	Indicador essencial para o controle de infecções hospitalares. Ele reflete diretamente as práticas de cuidados intensivos e contribui para a melhoria da qualidade assistencial nas UTIs. Monitorar e reduzir essa taxa é fundamental para a segurança do paciente e para garantir um atendimento eficaz e com menor risco de complicações associadas a infecções graves.
<b>Método de Cálculo</b>	<b>b) Denominador:</b> Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês. Numerador / denominador x 1000
<b>Definição</b>	<b>Critérios de Inclusão:</b> <b>a) Numerador:</b> Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês. Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.</li> </ul> <b>Critérios de Exclusão:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3).</li> <li>● Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e etc.).</li> <li>● que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.</li> <li>● 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).</li> </ul> <b>Critérios de Exclusão :</b> <b>Observações:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.).</li> <li>● Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e cateter venoso central-dia no mês.</li> <li>● que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.</li> </ul> <b>Critérios de Inclusão:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes internados para cateter de denominador devem ser realizada diariamente no horário de coleta de dados. Coleta de cateter de denominador deve ser realizada diariamente no horário de coleta de dados para cateter de inclusão, considerando CCIH, nos hospitais de Pernambuco, 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</li> </ul> <b>Critérios de Exclusão:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.).</li> <li>● Pacientes admitidos na UTI já com cateter venoso central instalado em outra unidade, considerada a data da inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI).</li> <li>● Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.</li> <li>● Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023).</li> <li>● Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023.</li> <li>● Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela 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 utilizada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Foram utilizados os percentis 50, 75 e 90 para o ano de 2023.</li> <li>● Critérios diagnósticos e de notificação devem seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (ANVISA), nº 01 / 2024.</li> </ul> <b>Definições:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● NÃO são considerados cateteres centrais para fins de notificação de dados de IPCSL: fistula arteriovenosa, enxerto arteriovenoso, cateteres atriais (também conhecidos como</li> </ul>

<b>Nome</b>	Densidade de Incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central no mês, terminado esteja posicionada
<b>Conceituação</b>	<p>próximo ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cava, veias braquiocefálicas, veias jugulares internas, veias confirmada, associada a cateter venoso central (CVC), em pacientes internados em Unidade de subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e em recém-nascidos todo 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cateter central permanente: 1) cateter tunelizado, incluindo o cateter tunelizado de Este indicador é aplicável às Unidades de Terapia Intensiva obstétrica, pediátrica e neonatal, hemodiálise; 2) cateter totalmente implantável, incluindo portas.</li> </ul> <p>devendo ser analisado de forma estratificada por faixa etária, de modo a permitir uma avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cateter central temporário: cateter não tunelizado, cateter não implantável, incluindo mais precisa do risco e da qualidade do cuidado prestado em cada grupo populacional.</li> </ul> <p>cateter temporário para hemodiálise.</p>
<b>Importância</b>	<p>Indicador de cateter de inserção periférica (CVC) dispositivos invasivos destinados a fins de cuidados intensivos e/ou para a realização de monitoramento assistencial. O barômetro de reduzir essa taxa é fundamental para a segurança do paciente e para garantir um atendimento eficaz. Cateter central é dispositivo invasivo destinado a fins de infusão de medicamentos, artéria ou veia umbilical em neonatos. Todos os cateteres umbilicais são considerados cateteres centrais).</p>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>● 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, pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês.</p> <p><b>a) Numerador:</b> Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em veias subclávias, veia ilíaca externa e veia femoral. Em neonatos, cateteres umbilicais</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso</li> </ul> <p><b>Referência da meta:</b> Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA, 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</p> <p><b>Referências:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>removido no dia anterior.</li> </ul> <p><b>BRASIL. Ministério da Saúde. Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC). Agência Nacional de Saúde Suplementar. [S.I.], 1 nov. 2012. p. 1-4.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.).</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês.</p>
<b>3.4. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO / UTI PEDIÁTRICO</b>	<p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo.</li> </ul> <p>Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.</p> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.).</li> <li>● 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).</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.</li> <li>● A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção. O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo.</li> <li>● Se o paciente estiver com mais de 1 cateter, deve ser contado apenas um por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente.</li> <li>● NÃO são considerados cateteres centrais para fins de notificação de dados de IPCSL: fistula arteriovenosa, enxerto arteriovenoso, cateteres atriais (também conhecidos como</li> </ul>

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

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

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

Nome	Taxa (%) = (Número de Casos confirmados de ISC pós-cesárea / Total de cesarianas) realizadas) x 100
<b>Conceituação</b>	A taxa de ISC pós-cesárea mede a frequência com que ocorrem infecções no local da incisão cirúrgica após a realização de cesariana. Ela permite identificar falhas nos processos de prevenção de infecções, como assepsia, técnica cirúrgica, cuidados pós-operatórios e uso racional de antimicrobianos. <b>Critérios de inclusão:</b>
<b>Importância</b>	O monitoramento contínuo das cesáreas é fundamental para identificar vulnerabilidades assistenciais, especialmente aquelas voltadas ao diagnóstico e tratamento de ISC, especialmente a profunda e longa recuperação do paciente, sendo as altas taxas de infecção e laboratorial de indicadores de alerta que podem denunciar falhas no processo assistencial. O monitoramento contínuo também pode identificar deficiências em protocolos cirúrgicos, práticas de assepsia e esterilização, condicionando diretamente a qualidade do cuidado prestado. A análise sistemática das cesáreas pode auxiliar na tomada de decisões baseadas em evidências, permitindo a implementação de melhores práticas preventivas mais eficazes. Além disso, o controle de ISC é fundamental para garantir a segurança do paciente, 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,
<b>Método de Cálculo</b>	<b>Critérios de Exclusão:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Infecções em pacientes que não passaram por cesárea.</li><li>● Assistência segura, qualificada e centrada na paciente.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>● Casos com suspeita, mas sem confirmação clínica ou laboratorial de ISC.</li><li>● Diagnóstico de ISC feito após 30 dias da cirurgia.</li></ul> Numerador / Denominador x100 <ul style="list-style-type: none"><li>● Casos de infecção ocorridos por outro motivo cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea</li></ul>

**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.

**Referências:**

**ASSOCIATED MODULE. Surgical Site Infection Event (SSI).** National Healthcare Safety Network (NHSN), [S. I.], 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. I.], 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. I.]: 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)**

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.

Nome	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico
Nome	(Escala de Braden). Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante o internamento hospitalar,
Conceituação	ajustando os dados de acordo com a classificação de risco clínico dos pacientes (Escala de Braden) Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante o internamento hospitalar, e considerando o tempo de exposição (em pacientes-dia).
Conceituação	ajustando os dados de acordo com a classificação de risco clínico dos pacientes (Escala de Braden) A incidência de lesão por pressão (LPP) ajustada pelo risco clínico, por meio da Escala de Braden, é e considerando o tempo de exposição (em pacientes-dia).
Importância	fundamental para avaliar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes. A incidência de lesão por pressão (LPP) ajustada pelo risco clínico, por meio da Escala de Braden, é internados. Este indicador permite identificar eventuais falhas nos processos de cuidado, fundamental para avaliar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes especialmente relacionados à prevenção, monitoramento e manejo das condições que levam ao internados. Este indicador permite identificar eventuais falhas nos processos de cuidado, desenvolvimento de LPP. especialmente relacionados à prevenção, monitoramento e manejo das condições que levam ao Ao ajustar a avaliação pelo grau de risco dos pacientes, considera-se a maior vulnerabilidade desenvolvimento de LPP.
Importância	daqueles com comorbidades, limitações funcionais e internações prolongadas, assegurando uma Ao ajustar a avaliação pelo grau de risco dos pacientes, considera-se a maior vulnerabilidade análise justa e realista do desempenho institucional. A redução da incidência de LPP contribui para daqueles com comorbidades, limitações funcionais e internações prolongadas, assegurando uma a diminuição do tempo de internação, a prevenção de complicações secundárias e a otimização dos análise justa e realista do desempenho institucional. A redução da incidência de LPP contribui para recursos hospitalares. internacionais de segurança do paciente, sendo um requisito para o cumprimento dos contratos de Além disso, o acompanhamento sistemático deste indicador atende às diretrizes nacionais e gestão e a liberação da parte variável dos recursos vinculados à qualidade da assistência. internacionais de segurança do paciente, sendo um requisito para o cumprimento dos contratos de
Método de Cálculo	gestão e a liberação da parte variável dos recursos vinculados à qualidade da assistência. $\text{Numerador} / \text{denominador} \times 100$
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100 a) Numerador: Número de pacientes do Grupo A ou B que desenvolveram LPP
	a) <b>Numerador:</b> Número de pacientes do Grupo A ou B que desenvolveram LPP b) <b>Denominador:</b> Número total de pacientes do Grupo A ou B sem LPP na admissão
	<b>Observação 01:</b> ● <b>Grupo A :</b> Pacientes com Braden $\geq 13$ (baixo/médio risco); <b>Observação 01:</b> ● <b>Grupo B :</b> Pacientes com Braden $\leq 12$ (alto risco) ● <b>Grupo A :</b> Pacientes com Braden $\geq 13$ (baixo/médio risco);  ● <b>Grupo B :</b> Pacientes com Braden $\leq 12$ (alto risco); <b>Critérios de inclusão (para numerador e denominador):</b> ● Pacientes adultos ( $\geq 18$ anos) internados em unidades de internação clínica, cirúrgica ou UTI; <b>Critérios de inclusão (para numerador e denominador):</b> ● Que não apresentavam LPP na admissão hospitalar; ● Pacientes adultos ( $\geq 18$ anos) internados em unidades de internação clínica, cirúrgica ou UTI; ● Com registro da Escala de Braden na admissão; ● Que não apresentavam LPP na admissão hospitalar; ● Com permanência mínima de 48 horas no hospital (internações muito breves podem não permitir avaliação real de risco ou surgimento da lesão). ● 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). <b>Critérios de Exclusão:</b> ● Pacientes com LPP pré-existente no momento da admissão; <b>Critérios de Exclusão:</b> ● Pacientes com internamento inferior a 48 horas; ● Pacientes com LPP pré-existente no momento da admissão; ● Pacientes sem avaliação pela Escala de Braden devidamente registrada; ● Pacientes com internamento inferior a 48 horas; ● Pacientes em cuidados paliativos exclusivos, com registro de plano de conforto; ● Pacientes sem avaliação pela Escala de Braden devidamente registrada; ● Casos em que houve recusa documentada de familiares quanto à adoção de medidas preventivas essenciais. ● 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; ● Pacientes em cuidados paliativos avançados, nos quais a prevenção ou tratamento da lesão por pressão não constitui mais objetivo terapêutico, conforme registrado em prontuário; <b>Avaliação de Risco Pela Escala de Braden:</b> ● 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 de saúde tem de apresentar uma LPP. É constituída de seis variáveis para avaliação em Força de Cisalhamento. 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. ● 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), 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). <b>Observação 02</b> 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. 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: <b>Figura 1:</b> Escala de Braden ( Fatores de risco para Lesão por Pressão) Versão resumida.

	<b>Pontos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Nome</b>	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	Totalmente limitado	Muito limitado	Leve Limitado	Nenhuma
<b>Conceituação</b>	<b>Sensorial</b> : 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).	limitado	Muito limitado	Occasionalmente molhado	Raramente molhado
<b>Importância</b>	A incidência de lesão por pressão (LPP) fundamental para Acedido a segurança cadeira internados. Este indicador permite identificar eventuais falhas nos processos de cuidado.	Ajustada pelo risco da atividade. Confinado à assistência prestada aos pacientes frequentemente molhado	clínico, por meio da Escala de Braden, é Andar e a segurança cadeira ocasionalmente frequentemente molhado	limitado	limitações
<b>Método de Cálculo</b>	<b>Risco Alto</b> Numerador / denominador x 100 <b>Risco Moderado</b>	<b>10 a 12 pontos</b>			
<b>Definição</b>	a) <b>Numerador:</b> Número de pacientes do <b>Grupo A ou B</b> que desenvolveram LPP. <b>Risco Leve</b> b) <b>Denominador:</b> Número total de pacientes do <b>Grupo A ou B</b> na admissão	<b>13 a 14 pontos</b>			
<p><b>Fonte:</b> Guia Rápido de Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão, 2020.</p> <p><b>Observação 01:</b></p> <p><b>Classificação das Lesões por Pressão (conforme NPUAP/EPUAP/PPPIA):</b> As lesões por pressão devem ser classificadas de acordo com os seguintes estágios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Grupó A:</b> Pacientes com Braden ≥ 13 (baixo/medio risco),</li> <li>● <b>Grupó B:</b> Pacientes com Braden ≤ 12 (alto risco)</li> </ul> <p><b>Estágio 1</b> - Eritema não branqueável em pele íntegra. A pele pode estar dolorosa, firme, mole,</p> <p><b>Critérios de inclusão (para numerador e denominador):</b> Perda parcial da espessura da pele, envolvendo até 10% da superfície corporal, sem comprometer a integridade óssea.</p> <p><b>Estágio 2</b> - Perda parcial da espessura da pele, envolvendo entre 10% e 18% da superfície corporal, sem comprometer a integridade óssea.</p> <p><b>Estágio 3</b> - Perda total da espessura da pele e subcutâneo, podendo haver presença de tecido morto.</p> <p><b>Estágio 4</b> - Perda total da espessura da pele e subcutânea, com exposição de ossos, tendões ou músculos. Frequentemente apresenta escaras ou esfachelos e pode ocorrer tunelização.</p> <p><b>Lesão Tissular Profunda (LTP)</b> - Área localizada de descoloração purpúrea ou castanha, pele intacta ou com flacidez sanguinolenta, indicando dano em tecidos profundos. Pode evoluir rapidamente para uma úlcera de espessura total.</p> <p><b>Lesão por Pressão pré-existente</b> no momento da admissão;</p> <p><b>Pressão Não Classificável</b> - Ferida coberta por tecido desvitalizado (esfachelo ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação.</p> <p><b>Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico</b> - Lesão resultante da pressão exercida por dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos ou terapêuticos (ex: sondas, máscaras, tubos). Apresenta, geralmente, a forma ou o contorno do dispositivo. Deve ser classificada conforme os estágios descritos acima, sempre que possível.</p> <p><b>Lesão por Pressão em Membranas Mucosas</b> - Ocorre em locais com mucosas (boca, narinas, genitalia), associada ao uso de dispositivos médicos. Essas lesões <b>não devem ser classificadas em estágios</b> devido à <b>Avaliação de Risco Pela Escala de Braden</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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 <b>Condutas Preventivas</b>:</li> </ul> <p>As seis etapas essenciais de prevenção de LPP, segundo a ANVISA (2013) são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Força de Cisalhamento.</li> <li>● ETAPA 1: Avaliação de lesão por pressão na admissão</li> <li>● Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3.</li> <li>● ETAPA 3: Inspeção diária da pele</li> <li>● 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).</li> <li>● ETAPA 6: Minimizar a pressão</li> </ul> <p><b>Observação 03:</b> Os dados deverão ser encaminhados à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS).</p> <p><b>Observação 02:</b> 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.</p> <p><b>Referências:</b></p> <p>Segue a Escala de Braden em formato resumido:</p> <p><b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ.</b> Protocolo para prevenção de úlcera por</p>					

<https://proqualis.fiocruz.br/protocolo/protocolo-para-prevencao-de-ulcera-por-pressao>. Acesso em: 30 maio 2025.

(Escala de Braden).

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL . Guia rápido de prevenção e**

**Este indicador mede a taxa por pressão da Escala de Braden, adquirida no hospital, ajustada pelo risco clínico (2020) na internação hospitalar;**

**Conceituação** ~~ajustando os dados de acordo com a classificação do risco clínico dos pacientes (Escala de Braden) e considerando o tempo de expedição (em 2020) é dia).~~

**AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA - MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS**  
A incidência de lesão por pressão (LPP) ajustada pelo risco clínico, por meio da Escala de Braden, é uma Técnica CVMS/ANVISA nº 05/2023 para a segurança do paciente em serviços de saúde: prevenção de lesão por pressão, 2023. 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.

**Importância** Ao ajustar a avaliação pelo grau de risco dos pacientes, considera-se a maior vulnerabilidade daqueles com comorbidades, limitações funcionais e internações prolongadas, assegurando uma análise justa e realista do desempenho institucional. A redução da incidência de LPP contribui para a diminuição do tempo de internação, a prevenção de complicações secundárias e a otimização dos recursos hospitalares.

Além disso, o acompanhamento sistemático deste indicador atende às diretrizes nacionais e internacionais de segurança do paciente, sendo um requisito para o cumprimento dos contratos de gestão e a liberação da parte variável dos recursos vinculados à qualidade da assistência.

**Método de Cálculo** Numerador / denominador x 100

**a) Numerador:** Número de pacientes do **Grupo A ou B** que desenvolveram LPP

**b) Denominador:** Número total de pacientes do **Grupo A ou B** sem LPP na admissão

#### Observação 01:

● **Grupo A :** Pacientes com Braden ≥ 13 (baixo/médio risco);

● **Grupo B :** Pacientes com Braden ≤ 12 (alto risco)

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

**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;

**Nome** Densidade de Incidência de Quedas (com ou sem lesão) de Pacientes Internados (por mil).

**Conceituação** Mensuração da taxa de quedas de pacientes internados. Internações múltiplas podem não permitir avaliação real de risco ou surgimento da lesão;

**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.

● Pacientes com **LPP pré-existente** no momento da admissão;

**Método de Cálculo** Numerador / denominador x 1.000  
 ● Pacientes com **internamento inferior a 48 horas**;

**Densidade de incidência de Quedas (com ou sem lesão) de Pacientes Internados (por mil) quanto à adoção de medidas preventivas essenciais.**

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

● Pacientes em cuidados paliativos avançados, nos quais a prevenção ou tratamento da lesão

por pressão não constitui mais objetivo terapêutico, conforme registrado em prontuário;

**Critérios de Inclusão:**  
**Avaliação de Risco Pela Escala de Braden:**

● Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo a Escala de Braden é a mais utilizada no Brasil para medir o risco que o usuário dos serviços

unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas. Quedas assistidas, de saúde de apresentar uma LPP. É constituída de seis variáveis para avaliação em

Quedas repetidas. Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda = queda);

seu subescalas: Percepção Sensorial, Unidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e

Força de Cisalhamento.

● V1:

● Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua

● Todos os pacientes da instituição independente da idade.

de 1 a 3.

● O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os usuários classificados da seguinte

**Critérios de Exclusão:**

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

18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos).

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

**Observação 02:**

**Critérios de Inclusão:**  
A avaliação de risco para esse tipo de lesão deverá ser realizada em unidades de internação

● Pacientes adultos sob regime de internação nas unidades qualificadas para internar

(recomendável dentro das primeiras 8 horas) após a admissão do usuário na unidade

recebam cuidados em unidades de internação qualificadas durante parte ou todo um dia.

Segue a Escala de Braden em formato resumido:

Unidades de cuidado crítico, semi-intensivo, médico, cirúrgico, médico-cirúrgico combinado

<b>Nome</b>	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (por mil).
<b>Conceituação</b>	Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição. dia.
<b>Importância</b>	O indicador em questão mensura a taxa de incidência de quedas, com ou sem lesões associadas, <b>Critérios de exclusão:</b> 1.000 pacientes internados. A redução desta taxa é indicativa de melhoria na segurança do paciente. Não é aplicável.
<b>Método de Cálculo</b>	<p><b>Observação 01:</b> <b>Denominador:</b> <math>\frac{\text{Número de quedas}}{\text{Número de internados}} \times 1.000</math></p> <p><b>Queda:</b> Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço de interesse, etc.), incluindo vaso sanitário (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008; Sociedade Brasileira de Enfermagem, 2013).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas. Quedas assistidas.</li> </ul> <p><b>Dano:</b> comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quedas repetidas. Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda); oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico. Níveis de lesão: <b>Nível I</b> (nenhum): paciente não sofreu lesões; <b>Nível II</b> (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. <b>Nível III</b> (moderado): resultou em sutura, aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro ou articulação. <b>Nível IV</b> (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. <b>Nível V</b> (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda.</li> </ul> <p><b>b) Denominador:</b> Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse.</p> <p><b>Notificação da Queda:</b></p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Notificação da queda é de <b>responsabilidade da equipe de enfermagem</b> da unidade</li> <li>○ Pacientes adultos, sob regime de internação nas unidades qualificadas para análise.</li> <li>○ 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. <b>imediatamente:</b></li> <li>○ Em campo específico do <b>prontuário do paciente</b>, no formulário de notificação de evento adverso padronizado pela instituição.</li> <li>○ No formulário de notificação de evento adverso padronizado pela instituição, em uma unidade qualificada para reportar dados são incluídos na contagem de paciente-dia.</li> <li>● O evento deverá ser <b>validado e analisado</b> pelo <b>Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)</b></li> </ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b> com registro do parecer e plano de ação, se aplicável.</p> <p><b>A</b>o paciente de alta gravidade ou recorrência, o evento também será encaminhado à <b>Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)</b> para avaliação conjunta, quando implicar risco assistencial ampliado.</p> <p><b>Observação 01:</b> <b>Denominador:</b> <b>Denomínio segurança:</b> risco assistencial ampliado.</p> <p><b>Queda:</b> Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço de interesse, etc.), incluindo vaso sanitário (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008; Sociedade Brasileira de Enfermagem, 2013).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Data, hora e local do evento;</li> <li>○ Nome completo do paciente e número do prontuário;</li> <li>○ Relato sucinto da dinâmica do evento;</li> <li>○ Classificação da gravidade (com ou sem lesão) e avaliação do risco prévio;</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b> conduta adotada após a queda.</p> <p><b>Dano:</b> comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele</p> <p><b>Observação 03:</b> 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), assim, ser físico, social ou psicológico. Níveis de lesão: <b>Nível I</b> (nenhum): paciente não sofreu lesões. como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de <b>Nível II</b> (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. <b>Nível III</b> (moderado): resultou em sutura, aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. <b>Nível IV</b> (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou <b>QUALISS; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Densidade de incidência de queda resultando em lesão em paciente: domínio segurança.</b></p> <p><b>Definição</b></p> <p><b>Ficha Técnica da Queda:</b> [S. I.], p. 1-4. Disponível em: <a href="https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/ficha-tecnica-indicador_13.pdf">https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/ficha-tecnica-indicador_13.pdf</a>. Acesso em: 30 maio 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● O profissional que presenciar ou tomar conhecimento da queda deverá <b>registrar imediatamente:</b></li> <li>○ Em campo específico do <b>prontuário do paciente</b>;</li> <li>○ No formulário de notificação de evento adverso padronizado pela unidade;</li> <li>○ No formulário de notificação de evento adverso padronizado pela unidade;</li> </ul> <p><b>Referências:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ABREU, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>, v. 20, 2012.</li> <li>○ Em campo específico do <b>prontuário do paciente</b>;</li> <li>○ No formulário de notificação de evento adverso padronizado pela unidade;</li> </ul>

<b>Nome</b>	<b>Anual, edição 11, 2019.</b> Densidade de Incidência de Quedas (com ou sem lesão) de Pacientes Internados (por mil).
<b>Conceituação</b>	<b>BOUSHON, B. et al. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls.</b> Cambridge, MA: Institute Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição.
<b>Importância</b>	O indicador em questão mensura a taxa de incidência de quedas, com ou sem lesões associadas, por 1.000 pacientes internados. A redução desta taxa é indicativa de melhoria na segurança do paciente.
<b>Método de Cálculo</b>	<b>CORRÉA, A. D. et al.</b> Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , v. 46, n. 1, Numerador / denominador x 1.000 2012.
	<b>Densidade de Incidência de Quedas =</b> ( Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse / Total de pacientes-dia) × 1.000  <b>a) Numerador:</b> Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse.
<b>3.8. TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA SEGUNDO ASA</b>	<b>Critérios de Inclusão:</b>  ● Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo Taxa de Mortalidade Cirúrgica Segundo ASA.  <b>Conceituação</b> Relação percentual entre o número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após o procedimento cirúrgico, considerando qualquer deslocamento do eixo (desde queda à queda). ● Pacientes internados na instituição durante o período de quedas com dano associado ao procedimento cirúrgicos no mesmo período.
<b>Importância</b>	A probabilidade de ocorrência de morte é independente da idade dos 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 (Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe, cirurgia de emergência, urgência, agendada ou eletriva), e o desempenho do hospital - experiência das equipes cirúrgicas, volume cirúrgico, qualidade das equipes interdisciplinares, disponibilidade de recursos, etc. (Klück, 2004).
<b>Método de Cálculo</b>	<b>Critérios de Inclusão:</b>  Número de óbitos intra-hospitalares x 1000 regime de internação nas unidades qualificadas para análise.  <b>Pacientes internados, de curto prazo, sob observação e para cirurgias no mesmo dia que</b>  <b>a) Numerador:</b> Número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após cirurgia que recebam cuidados em unidades de internação qualificadas durante parte ou todo dia que atenda aos critérios de inclusão no período.  <b>b) Denominador:</b> Número de pacientes submetidos a cirurgias, que atendam aos critérios de inclusão, no período.  <b>Critérios de exclusão:</b> <b>Critério de exclusão:</b> 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); <b>Observação 01:</b> ● Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004). <b>Queda:</b> Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente ● Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos na mesma data, utilizando-se o é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não mesmo acesso cirúrgico, devem ser computados uma única vez, considerando-se para 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 ● Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos inter-relacionados em datas etc.), incluindo vaso sanitário (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008; Sociedade diferentes do mesmo período (reoperações) também deverão ser computados uma única vez, atribuindo-se o ajuste de risco ao primeiro procedimento.  <b>Critérios de exclusão:</b> <b>Observação 02:</b> ● Partos normais ou cesáreos. <b>Dano:</b> comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico. Níveis de lesão: <b>Nível I</b> (nenhum): paciente não sofreu lesões. <b>Nível II</b> (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza e/ou tratamento, elevação do membro, medicamento tópico, hematomas ou esfoladura. <b>Nível III</b> (moderado): resultou em sutura, aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. <b>Nível IV</b> (maior): ● A condição pré-operatória do paciente, independente do tipo de cirurgia, é uma variável que resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou influencia decididamente a mortalidade cirúrgica. Há uma relação direta entre a gravidade interna. <b>Nível V</b> (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda.  <b>Definição</b> <b>Notificação da Queda:</b> Notificação de Queda (Notification of Anesthesiologists), e a mortalidade cirúrgica. Para tornar o indicador ● A notificação deve ter a responsabilidade da equipe de enfermagem de contabilizar da qualidade da assistência hospitalar e minimizar os fatores relativos à gravidade do caso e ● O profissional de enfermagem deve realizar a notificação de queda de forma registrada em cinco classes imediatamente (a classe VI não será utilizada), abaixo especificadas:  <b>Classificação do Estado Físico para a Anesthesia Society of Anesthesiologists:</b> Classe I: formulário de identificação de evento adverso autorizado pelo leitor de que

<b>Nome</b>	Taxa de Mortalidade Cirúrgica Segundo ASA.
<b>Definição</b>	<b>Classe II:</b> Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica controlada, idade >70 anos, obesidade);
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de óbitos intra hospitalares que ocorreram até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período.
<b>Importância</b>	<b>Classe III:</b> Doença sistêmica grave (ex, obesidade mórbida, doença respiratória sintomática, falência renal, cirrose); A probabilidade de ocorrência de óbito e complicações em pacientes cirúrgicos é dependente de <b>Classe IV:</b> Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex, diversos fatores, entre os quais se destacam, as condições fisiológicas do doente no pré-operatório insuficiência cardíaca congestiva descompensada, falência hepatorrenal); (idade, sexo, presença de comorbidades, entre outros), o tipo de procedimento e o caráter da <b>Classe V:</b> Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver sem a operação; sintomática, falência renal, cirrose); admissão (cirurgia de emergência, urgência, agendada ou eletriva), e o desempenho do hospital - <b>Classe VI:</b> Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para experiência das equipes cirúrgicas, volume cirúrgico, qualidade das equipes interdisciplinares, doação. disponibilidade de recursos, etc. (Kluck, 2004). *Observações entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010).
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100 <b>Observação 02:</b> Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), referentes ao período de 01 a 31 de cada mês, no sistema de monitoramento de Atenção à Saúde (SIMAS), atendendo critérios de inclusão e exclusão, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.
	<b>a) Numerador:</b> Número de óbitos intra hospitalares que ocorreram até 7 dias após o procedimento cirúrgico, dentro do período de inclusão;
	<b>b) Denominador:</b> Número de pacientes submetidos a cirurgias, que atendam aos critérios de inclusão;
	<b>Referência da Meta:</b> <b>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> <b>Critérios de inclusão:</b> Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA. ANS, [S. l.], p. 1-4, 1 nov. 2012. Disponível em: ● 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 prestadores de serviços de saúde 1/versão-anterior-do-qualiss/e-ft-03.pdf. Acesso em: 23 maio 2025. ● Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Kluck, 2004).
	<b>Referências:</b> <b>ANAH - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS:</b> Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, devem ser computados uma única vez, considerando-se para a contagem o maior nível de complexidade. São considerados procedimentos cirúrgicos aqueles que envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009). <b>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA:</b> Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos - critérios nacionais de inclusão. Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos em serviços de saúde diferentes do mesmo período (reoperários) também devem ser computados uma única vez. Disponível em: <a href="http://www.vigilancia.saude.gov.br/normas/manual_procedimento.pdf">http://www.vigilancia.saude.gov.br/normas/manual_procedimento.pdf</a> . Acesso em: 12 jul. 2025. <b>Critérios de exclusão:</b> <b>CARRARO, M. A.; ZAVATTI, G. A.; KLÜCK, M. M.</b> Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada pela classificação dos hospitais devidamente de acordo com a Classificação do Estado Físico da ASA. Procedimentos nos hospitais devidamente de acordo com a Classificação do Estado Físico da ASA. Anais do Congresso Brasileiro de Anestesiologia, Rio de Janeiro, 2011. envolviam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009); <b>KLUCK, M. M.</b> Metodologia para aferição da mortalidade de sedativos/hipnóticos por meio prévio do paciente sob anestesia assistida (Kluck, 2004) - Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
	<b>Observação 03:</b> ● 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: <b>Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists):</b> <b>Classe I:</b> Normal. Paciente saudável (a única patologia relevante do paciente é a que necessita correção cirúrgica); <b>Classe II:</b> Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica controlada, idade >70 anos, obesidade); <b>Classe III:</b> Doença sistêmica grave (ex, obesidade mórbida, doença respiratória sintomática, falência renal, cirrose); <b>Classe IV:</b> Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, falência hepatorrenal); <b>Classe V:</b> Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver sem a operação; <b>Classe VI:</b> 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).
	<b>Observação 02:</b> 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),

<b>Nome</b>	Acolhimento com Classificação de Risco.
<b>Conceituação</b>	Verificação do cumprimento da rotina de acolhimento com classificação de risco, por meio do envio mensal do relatório técnico-institucional que comprove a implementação contínua dessa prática.
<b>Importância</b>	Permite avaliar a eficácia do processo de triagem, assegurando que os pacientes sejam atendidos de acordo com a gravidade de seu quadro clínico, priorizando aqueles em situação mais crítica.
<b>Método de Cálculo</b>	Não é aplicável.
<b>Definição</b>	<p><b>Interpretações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>O acolhimento</b> é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutibilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.</li> <li>● <b>A Classificação de Risco</b> é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada. Os objetivos primários são avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade e reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade. Os pacientes deverão ser encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo e deverão ser informados sobre o tempo de espera, receber ampla informação sobre o serviço aos usuários e oferecer informações aos familiares.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● O acolhimento e a Classificação de Risco devem ser realizados em todos os atendimentos de urgência e emergência.</li> <li>● A Classificação de Risco é de responsabilidade exclusiva do profissional enfermeiro, devidamente habilitado e capacitado para esta função, conforme disposto na Resolução COFEN nº 423/2012.</li> <li>● É vedada a realização da classificação de risco por técnicos de enfermagem ou por qualquer outro profissional não autorizado.</li> <li>● A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção</li> <li>● A avaliação é mensal: envio do relatório institucional, conforme definido nos parâmetros do contrato de gestão e nas diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Portaria nº 2.048/GM/MS de 2002.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <p>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><b>Referência:</b></p> <p><b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> <i>Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.</i> Série B. Textos Básicos de Saúde. [S. I.]: Ministério da Saúde, 2009. p. 1-60. Disponível em: <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf</a>. Acesso em: 30 maio 2025.</p> <p><b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> 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.</p> <p><b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> <i>Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.</i> Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).</p>

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

<b>Nome</b>	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Importância</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Não é aplicável. O critério de avaliação é o envio mensal do relatório, dentro do prazo estipulado e com os campos obrigatórios devidamente preenchidos.
<b>Definição</b>	<p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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;</li> <li>● 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;</li> <li>● 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;</li> <li>● 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.</li> </ul> <p><b>Referência da meta:</b></p> <p><b>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília – DF, [S. I.], 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

<b>Nome</b>	Taxa de Cobertura da Testagem para Sífilis (teste rápido) na Admissão de Gestantes na Maternidade.
<b>Conceituação</b>	Mensura a proporção de gestantes submetidas ao teste rápido treponêmico para sífilis no momento da internação para o parto.

<b>Nome</b>	Teste de gotinha para sífilis na gestante
<b>Conceituação</b>	Mensura a proporção de gestantes submetidas ao teste rápido treponêmico para sífilis no momento da internação para o parto.
<b>Importância</b>	reforça a linha de cuidado materno-infantil, estando alinhada aos princípios da Rede Alyne, ao assegurar um cuidado integral, contínuo e oportunamente à mulher e ao recém-nascido. Do ponto de vista da gestão, esse indicador subsidia ações de vigilância epidemiológica e contribui para a qualificação da atenção obstétrica nas maternidades, promovendo melhorias nos processos assistenciais e no controle de agravos evitáveis.

**Método de Cálculo**  
Numerador / Denominador x100

<b>Importância</b>	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 oportunamente à mulher e ao recém-nascido. Do ponto de vista da gestão, esse indicador subsidia ações de vigilância epidemiológica e contribui para a qualificação da atenção obstétrica nas maternidades, promovendo melhorias nos processos assistenciais e no controle de agravos evitáveis.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador x100

<b>Nome</b>	<b>Testagem Rápida para Sífilis</b> - Número de Gestantes submetidas ao teste rápido na admissão de Gestantes na Maternidade.
<b>Conceituação</b>	<p><b>Critérios de inclusão:</b> Mensura a proporção de gestantes submetidas ao teste rápido treponêmico para sífilis no momento da internação para o parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestantes testadas com teste rápido para sífilis no momento da admissão hospitalar para o parto, independentemente do resultado.</li> </ul>

**Critérios de exclusão:**

- Não se aplica.

**b) Denominador** - Número total de partos.

**Critérios de inclusão:**

- Todos os partos realizados na unidade hospitalar no período de análise (vaginais ou cesarianas).

<b>Importância</b>	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 reforçar a finalidade da consulta, enfatizando a importância da realização da testagem. Além disso, asseguram a segurança para o parto e o nascimento, evitando possíveis complicações. Reporte levista da gestão para implementar medidas de vigilância epidemiológica e capacitação para a qualificação da atenção obstétrica na maternidade, garantindo melhoria da atenção ao paciente e melhoria do controle de riscos envolvendo a gestante com sífilis para o conceito por via transplacentária ou, eventualmente, da gestante com sífilis para o conceito por via vertical;
<b>Método de Cálculo</b>	ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão Numerador / Denominador x100 vertical);

- Os testes rápidos (TR) utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP®).

**Definição** ● O teste será feito **em todas as admissões** (independentemente de testagens anteriores);

**Testes treponêmicos:**

- O teste rápido utilizado deve ser de natureza **treponêmica**, registrado na Anvisa, e aprovado pelo Ministério da Saúde, com metodologia baseada em **imunocromatografia de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP®)**. Deve permitir a leitura em até 30 minutos e ser realizado com sangue total por punção digital ou venosa.

**Observação 01:**

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

**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

<b>Nome</b>	Taxa de Cobertura da Testagem Rápida para HIV na Admissão de Gestantes na Maternidade
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------

<b>Nome Conceituação</b>	Percentual de gestantes que realizaram testagem rápida para HIV no momento da internação.
<b>Conceituação</b>	Percentual de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV no momento da admissão de gestantes na maternidade é momento da internação. 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 precoce, a imediata implementação de medidas profiláticas, como a administração de antirretrovirais, a indicação de cesariana eletiva em casos específicos e a contraindicação ao aleitamento materno, conforme os protocolos clínicos e diretrizes vigentes do Ministério da Saúde.
<b>Importância</b>	Implementação de medidas profiláticas, como a administração de antirretrovirais, a indicação de cesariana eletiva em casos específicos e a contraindicação ao aleitamento materno, conforme os protocolos clínicos e diretrizes vigentes do Ministério da Saúde.
<b>Importância</b>	Implementação de medidas profiláticas, como a administração de antirretrovirais, a indicação de cesariana eletiva em casos específicos e a contraindicação ao aleitamento materno, conforme os protocolos clínicos e diretrizes vigentes do Ministério da Saúde.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador x100
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / Denominador x100

<b>Nome</b>	<b>Índice de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV na maternidade.</b>
<b>Conceituação</b>	Percentual de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV no momento da admissão na maternidade.
<b>Importância</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tenham realizado teste rápido para HIV durante o processo de admissão hospitalar;</li> <li>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 contraindicação ao aleitamento materno, conforme os protocolos clínicos e diretrizes vigentes do Ministério da Saúde.</li> </ul> <p><b>Critério de exclusão:</b></p>
<b>Método de Cálculo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestantes que rejeitaram a testagem rápida (após aconselhamento); Numerador / Denominador x100</li> <li>● Gestantes com condições clínicas graves que impediram a coleta;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Parto que ocorreu sem tempo hábil para a testagem (ex.: nascimento no transporte ou ao chegar);</li> <li>● Gestantes que realizaram o teste em outra unidade antes da transferência..</li> </ul>

**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.

**Critérios 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:**

**Definição** 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. I.], 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). Hélio 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 (RN), ainda durante a internação hospitalar, conforme protocolos assistenciais.
Importância	A realização do tratamento da gestante diagnosticada com sífilis no parto, juntamente com o recém-nascido durante a internação hospitalar, reduz o risco de sífilis congênita, com impactos diretos na morbilidade 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
	<p><b>a) Numerador</b> - Número de gestantes com diagnóstico de sífilis no momento do parto que iniciaram o tratamento na internação hospitalar junto com o RN.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestantes diagnosticadas com sífilis no momento do parto, através de teste rápido, VDRL ou outro exame sorológico;</li> <li>● Gestantes que iniciaram o tratamento na internação hospitalar, com esquema terapêutico adequado conforme protocolo do Ministério da Saúde;</li> <li>● Recém-nascidos que também iniciaram o tratamento durante a internação, conforme o protocolo clínico baseado na avaliação neonatal.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestantes diagnosticadas no parto que não iniciaram o tratamento na maternidade;</li> <li>● Casos em que apenas o recém-nascido foi tratado, mas a mãe não recebeu medicação;</li> <li>● Tratamentos iniciados após a alta hospitalar.</li> </ul> <p><b>Denominador</b> - Número total de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o parto, independentemente do início do tratamento.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todas as gestantes diagnosticadas com sífilis no parto, independentemente do início ou não do tratamento;</li> <li>● Diagnóstico realizado durante a admissão ou durante o trabalho de parto (ou seja, sem diagnóstico prévio registrado no pré-natal);</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestantes já diagnosticadas e tratadas durante o pré-natal (não se enquadram no diagnóstico "no parto");</li> <li>● Partos ocorridos fora da unidade hospitalar avaliada (ex: transferências externas ou domicílios, se não houver confirmação da testagem e conduta na unidade).</li> </ul> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico), independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● O registro da administração da medicação deve ser realizado formalmente no prontuário da dupla mãe-RN, ou em ficha espelho específica, contendo obrigatoriamente a data e a hora em que a medicação foi administrada, além da identificação do profissional responsável pela aplicação. Esse registro deve ser legível, datado e assinado, garantindo a rastreabilidade e a segurança do procedimento.</li> </ul> <p><b>Referência da meta:</b></p> <p><b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> 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.</p>

### 3.14. PROPORÇÃO DE PARTOS INSTRUMENTALIZADOS COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA REGISTRADA

<b>Nome</b>	Proporção de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clínica Registrada
<b>Conceituação</b>	<p>Percentual de partos vaginais que foram instrumentalizados (fórceps ou vácuo-extrator), com registro de justificativa clínica documentada no prontuário.</p>
<b>Importância</b>	<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 gestante e do recém-nascido.</p> <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 mulher 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>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Numerador / Denominador x 100</p> <p><b>Numerador:</b> Número de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada;</p> <p><b>Denominador:</b> Total de partos instrumentalizados realizados</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Partos vaginais assistidos com <b>fórceps</b> ou <b>vácuo-extrator</b>, com justificativa clínica documentada (ex: sofrimento fetal agudo, necessidade de abreviar expulsivo, distócia de rotação);</li> <li>● Registro deve constar no prontuário da parturiente (evolução médica ou campo específico).</li> </ul> <p><b>Critérios Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Instrumentalizações sem justificativa clínica descrita;</li> <li>● Registros incompletos, vagos ou com justificativas não técnicas (ex: "conduta da equipe", "rotina");</li> <li>● Abortamentos ou partos com feto natimorto &lt; 500g ou &lt; 22 semanas.</li> </ul> <p><b>Definições:</b></p> <p><b>Fórceps:</b> 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><b>Vácuo-extrator (ventosa obstétrica):</b> 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><b>Atenção:</b></p> <p>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,</p>

<b>Nome</b>	Proporção de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clínica Registrada
<b>Conceituação</b>	<p>fórceps e vácuo-extrator deve considerar a experiência da equipe e as condições clínicas da mãe e Percentual de partos vaginais que foram instrumentalizados (fórceps ou vácuo-extrator), com do recém-nascido. O uso sem critério técnico pode configurar <b>violência obstétrica</b> e registro de justificativa clínica documentada no prontuário.</p> <p>comprometer a segurança materno-infantil.</p> <p>A utilização deste indicador tem como finalidade avaliar a qualidade e a segurança da assistência (BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal</i>, 2016).</p> <p>obstétrica no âmbito da maternidade, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde.</p>
<b>Descrição do procedimento</b>	<p>o uso ético, responsável e baseado em evidências científicas de instrumentos obstétricos, como o fórceps e o vácuo-extrator, conforme preconizado pela Portaria Indicações para uso de fórceps e vácuo-extrator : MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Alyne, e pelas recomendações da Organização Mundial da</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Maternas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abreviação do período expulsivo (exaustão materna, esforços expulsivos maternos A exigência de justificativa clínica devidamente registrada no prontuário reduz o risco de insuficientes); intervenções desnecessárias e complicações maternas e neonatais, como lacerações, hemorragias</li> <li>○ Doenças e/ou condições maternas em que se evita o esforço no período expulsivo e traumas crânicos. O uso indiscriminado desses dispositivos, sem respaldo técnico, pode (cardiopatias, pneumopatias e cesárea prévia), configurar violação dos princípios de segurança assistencial, sendo incompatível com os preceitos</li> </ul> </li> <li>● Fetais: <ul style="list-style-type: none"> <li>de uma atenção obstétrica segura e qualificada. Dessa forma, a documentação da indicação clínica</li> <li>○ Suspeita de sofrimento fetal no período expulsivo; atua como ferramenta de proteção à integridade física da gestante e do recém-nascido.</li> <li>○ Distocias de rotação;</li> </ul> </li> </ul> <p>Além disso, o registro adequado da justificativa para o uso de parto instrumental fortalece a</p>
<b>Importância</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Contraindicações para uso de fórceps ou vácuo-extrator:</b> transparéncia 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</li> <li>○ Desproporcional cefalopélvica;</li> </ul> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de consentimento informado, o protagonismo da mulher e o respeito às decisões no processo de parto e nascimento.</li> </ul> <p>7. <b>Documentação obrigatória descritiva após o parto:</b></p> <p>Ademais, esse indicador constitui um instrumento estratégico de gestão e qualificação da atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicação para o procedimento e diagnóstico pre-operatório</li> </ul> <p>obstétrica, permitindo o acompanhamento contínuo das condutas clínicas, a identificação de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Estado fetal ( posição, valor do batimento cardíaco fetal, altura da apresentação, idade desvios de prática, a definição de ações corretivas, bem como a implementação de processos gestacionais e critérios de aplicabilidade)</li> </ul> <p>formativos voltados à educação permanente das equipes multiprofissionais.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Descrição da discussão com a paciente/acompanhante</li> </ul> <p>Dessa forma, a adoção e o monitoramento sistemático deste indicador no contrato de gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico pós operatório com dados do parto</li> </ul> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tipo de anestesia, tipo de vácuo utilizado, pressão negativa máxima utilizada,</li> </ul> <p>âmbito do SUS.</p> <p>tempo total do procedimento, número de trações realizadas, ocorrência de</p>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>lacerções, realização ou não de episiotomia.</p> <p>Numerador / Denominador x 100</p>
	<p><b>Descrição do relatório:</b></p> <p><b>Numerador:</b> Número de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada;</p> <p>O relatório da maternidade, a ser enviado à Secretaria Estadual de Saúde (SES) juntamente com a</p> <p><b>Denominador:</b> Total de partos instrumentalizados realizados</p> <p>transmissão do SIMAS, deve conter informações detalhadas sobre o número de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada no período de referência. É imprescindível</p> <p>que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Partos vaginais assistidos com fórceps ou vácuo-extrator com justificativa clínica devidamente documentada no prontuário, comprovando que o parto instrumentalizado foi conduzido de forma criteriosa, com respaldo técnico-científico e respeito à autonomia da mulher.</li> </ul> <p>Além disso, a justificativa clínica deve evidenciar a necessidade real do procedimento com base</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Registro de constar no prontuário do parturiente (levantar a medida ou campo específico) em evidências científicas ou protocolos institucionais vigentes. Tais informações são fundamentais</li> </ul> <p><b>Critérios Exclusivos:</b> da assistência obstétrica, assegurando que as práticas estejam em conformidade com diretrizes da Rede Alyne e a Política Nacional de Humanização (PNH). Isso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Registros incompletos, vagos ou com justificativas não técnicas (ex: "conduta da equipe")</li> </ul> <p>contam diretamente para o monitoramento efetivo do indicador e para o cumprimento das metas pactuadas com a gestão estadual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Abortamentos ou partos com feto natimorto &lt; 500g ou &lt; 22 semanas.</li> </ul> <p><b>Observação:</b></p> <p><b>Definições:</b> A CONTRATADA deverá encaminhar, mensalmente, relatório complementar contendo</p> <p><b>Fórceps:</b> instrumento obstétrico utilizado para auxiliar no parto vaginal, especialmente, em situações em que há dificuldade de progressão do feto durante a fase final do trabalho de parto. Consiste em duas bates metálicas com formato anatômico que são posicionadas ao lado de cabeça de bebê, permitindo sua tração controlada para facilitar o nascimento.</p> <p>Saúde SES</p> <p><b>Vácuo-extrator (ventosa obstétrica):</b> instrumento instrumentalizado para auxiliar no parto vaginal por meio da aplicação de uma ventosa para a extração da cabeça do bebê conectada a um sistema de vácuo. Sua tração controlada permite a saída fetal.</p> <p>Dessa funcionalidade, o relatório deve ser enviado por meio eletrônico alternativo</p> <p>indicado pela SES, respeitando os prazos estipulados para envio.</p> <p><b>Atenção:</b></p> <p><b>Referenciais:</b> instrumentalizado deve ser evitado, sendo indicado apenas quando houver justificativa</p> <p><b>BRASIL   Ministério da Saúde   Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.</b></p> <p>Ministério da Saúde, [S. l.], p. 1-119, 1 jan, 2022.</p> <p>conforme diretrizes do Ministério da Saúde. Entre os instrumentos disponíveis, a escolha entre</p> <p><b>ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists.</b> Operative Vaginal Delivery: fórceps e vácuo-extrator deve considerar a experiência da equipe e as condições clínicas da mãe e ACOG Practice Bulletin No. 219. <i>Obstetrics &amp; Gynecology</i>, v. 135, n. 1, p. e56-e65, Jan, 2020.</p> <p>do recém-nascido. O uso sem critério técnico pode configurar <b>violência obstétrica</b> e</p> <p><b>ASSOCIAÇÃO ISRAELITA ALBERT EINSTEIN.</b> Parto assistido por fórceps. 2022. Disponível em:</p> <p>comprometer a segurança materno-infantil.</p>

<b>Nome</b>	Proporção de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clínica Registrada Acesso em: 9 jul. 2025.
<b>Conceituação</b>	Percentual de partos vaginais que foram instrumentalizados (fórceps ou vácuo-extrator), com registro de justificativa clínica documentada no prontuário.
	A utilização deste indicador tem como finalidade avaliar a qualidade e a segurança da assistência
<b>3.15. PROPORÇÃO DE EPISTOMIAS REALIZADAS COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA DOCUMENTADA</b>	<b>CONCEITO DO INDICADOR, CONFORME AS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:</b>  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 1459/2011, que institui a Rede Aliny, e pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a realização de episiotomias.  <b>Nome</b> Proporção de episiotomias realizadas com justificativa clínica documentada.
<b>Conceituação</b>	<b>Este indicador</b> acompanha a quantidade de episiotomias realizadas durante partos vaginais em que há <del>existir</del> <b>realizar</b> episiotomia e documentar a justificativa clínica registrada no procedimento. risco de
<b>Importância</b>	intervenções desnecessárias e complicações maternas e neonatais, como lacerações hemorrágicas, ferimentos 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 realizada de forma rotineira é atualmente recomendada como uma intervenção que deve ser utilizada como ferramenta de proteção à integridade física do recém-nascido.
<b>Importância</b>	Além disso, o registro adequado da justificativa clínica, usando o prato instrumentalizado de transparência (do cuidado, a segurança, jurídico da equipe assistencial, a adoção de boas práticas obstétricas ao promover a redução do uso indiscriminado e inadequado das episiotomias, demonstrando o 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 atendimento ao parto.
<b>Método de Cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Número de partos instrumentalizados <b>Denominador:</b> Número de partos instrumentalizados x 100  Ademais, esse indicador constitui um instrumento estratégico de gestão e qualificação da atenção obstétrica, permitindo o acompanhamento contínuo das condutas clínicas, a identificação de desvios de prática, a definição de ações corretivas, bem como a implementação de processos formativos voltados à educação permanente das equipes multiprofissionais.  Dessa forma, a adoção e o monitoramento sistemático deste indicador no contrato de gestão reforçam o compromisso institucional com a humanização, a segurança e a legalidade da assistência obstétrica, consolidando a cultura da qualidade e da responsabilidade sanitária no âmbito do SUS.
<b>Método de Cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Numerador / Denominador x 100
	<b>Numerador:</b> Número de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada; <b>Denominador:</b> Total de partos instrumentalizados realizados  <b>Critérios de Inclusão:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Partos vaginais assistidos com <b>fórceps</b> ou <b>vácuo-extrator</b>, com justificativa clínica documentada (ex: sofrimento fetal agudo, necessidade de abreviar expulsivo, distócia de rotação);</li><li>● Registro deve constar no prontuário da parturiente (evolução médica ou campo específico).</li></ul> <b>Critérios Exclusão:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Instrumentalizações sem justificativa clínica descrita;</li><li>● Registros incompletos, vagos ou com justificativas não técnicas (ex: "conduta da equipe", "rotina");</li><li>● Abortamentos ou partos com feto natimorto &lt; 500g ou &lt; 22 semanas.</li></ul> <b>Definições:</b> <b>Fórceps:</b> 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. <b>Vácuo-extrator (ventosa obstétrica):</b> 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.  <b>Atenção:</b> <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>

<b>Nome</b>	<b>Numerador:</b> Episiotomias realizadas com justificativa clínica registrada.
<b>Conceituação</b>	<p><b>Denominador:</b> Total de episiotomias realizadas</p> <p>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.</p> <p><b>Crítérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trata-se de um indicador de grande relevância para a qualificação da assistência obstétrica, refletindo o compromisso da instituição de saúde com práticas baseadas em evidências, o respeito aos direitos da mulher e a promoção de um parto humanizado. A episiotomia, historicamente prematuridade com necessidade de agilidade no nascimento).</li> <li>Partos vaginais com realização de episiotomia;</li> <li>Registro da justificativa clínica no prontuário (ex: sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, prematuridade com necessidade de agilidade no nascimento).</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>realizada de forma rotineira, é atualmente reconhecida como uma intervenção que deve ser limitada a situações com indicação clínica bem definida. Essa orientação é respaldada por</li> <li>Partos cesáreos;</li> <li>organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Rede Alyne e a Política Nacional de Humanização (PNH). Nesse contexto, o indicador visa fomentar a adoção de boas práticas</li> </ul> <p><b>Descrição:</b> ao promover a redução do uso indiscriminado e não justificado da episiotomia, orientando as diretrizes clínicas e encaminhando o relatório da Secretaria Estadual de Saúde (SES) para a transmissão no SIMAS, deve conter informações detalhadas sobre o número de episiotomias</p>
<b>Importância</b>	<p>realizadas no período de referência, com justificativa clínica documentada para cada procedimento.</p> <p><b>Numerador / denominador x 100</b></p> <p>E fundamental que o relatório comprove que a episiotomia foi realizada de forma criteriosa, com justificativa clínica válida, como nos casos de sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, parto operatório iminente com risco materno ou fetal, entre outras situações previstas em protocolos institucionais ou diretrizes clínicas reconhecidas.</p> <p>A justificativa deverá estar documentada em prontuário por meio de nota evolutiva do profissional responsável, contendo data, hora, indicação clínica e decisão compartilhada com a parturiente sempre que possível, garantindo a rastreabilidade e o respeito à autonomia da mulher conforme preconizado pelas políticas públicas de humanização do parto.</p>
<b>Método de Cálculo</b>	

#### Definições:

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

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

#### Observações:

- Do ponto de vista da gestão hospitalar, o acompanhamento deste indicador permite identificar eventuais desvios de conduta profissional, práticas desatualizadas ou falhas no processo de registro clínico. Seu monitoramento sistemático é uma ferramenta estratégica para qualificação da assistência, fortalecimento da segurança do paciente e promoção de práticas obstétricas centradas na mulher, além de contribuir com a conformidade institucional frente às políticas públicas de saúde.
- Adicionalmente, os dados produzidos por este indicador podem subsidiar ações de educação permanente, auditorias clínicas, revisões de protocolo e elaboração de planos de melhoria contínua. Dessa forma, ele se configura como um importante instrumento para o aprimoramento da qualidade da assistência obstétrica no âmbito do SUS e na gestão de serviços vinculados à Rede Alyne.
- A CONTRATADA deverá encaminhar, mensalmente, relatório complementar contendo informações detalhadas que não são automaticamente extraídas pelo sistema SIMAS, tais como o número de episiotomias realizadas e suas respectivas justificativas clínicas documentadas, conforme critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES).
- 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. I.], 14 fev. 2017.

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

<b>Nome</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de episiotomias com justificativa clínica registrada</p> <p><b>Denominador:</b> Total de episiotomias realizadas</p>
<b>3.16. PROPORÇÃO DE RECÉM - NASCIDOS VACINADOS COM 1ª DOSE DE VACINA CONTRA HEPATITE B</b>	
<b>Nome</b>	<p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Partos vaginais com realização de episiotomia;</li> <li>Registro da justificativa clínica no prontuário (ex: sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, prematuridade com necessidade de agilidade no nascimento).</li> </ul> <p>Proporção de RN Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B</p>

<b>Nome</b>	Proporção de Recém-nascidos (RN) que receberam a primeira dose da vacina contra hepatite B
<b>Conceituação</b>	preferencialmente nas primeiras 12 horas e no máximo até 24 horas após o nascimento , em preferencialmente nas primeiras 12 horas e no máximo até 24 horas após o nascimento , em
<b>Conceituação</b>	Preparo do recém-nascido (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 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
<b>Importância</b>	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, tendências a comorbilidade com as diretrizes de assistência neonatal segura, oportunidade de qualidade de vida e longevidade.
<b>Importância</b>	assistência neonatal segura, oportunidade de qualidade em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) da Organização Mundial da Saúde (OMS). O acompanhamento sistemático da proporção de recém-nascidos que receberam até 24 horas de vida, permite monitorar o desempenho das metas pactuadas no âmbito da gestão contratual.
<b>Método de Cálculo</b>	fluxos assistenciais e orientar ações corretivas voltadas à qualificação da atenção perinatal, Numerador / denominador x 100
<b>Método de Cálculo</b>	Contratado para o cumprimento das metas pactuadas no âmbito da gestão contratual.
	Numerador / denominador x 100

<b>Nome</b>	Proporção de recém-nascidos com a primeira dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24 horas de vida
	$\frac{24h + \text{Número total de nascidos vivos no período}}{\text{Número total de nascidos vivos no mesmo período}} \times 100$
<b>Conceituação</b>	Proporção de recém-nascidos (RN) que receberam a primeira dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24 horas de vida.
<b>Importância</b>	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 da hepatite B. A vacinação precoce durante o parto. A vacinação precoce reduz significativamente o risco de infecção crônica e complicações hepáticas graves, podendo salvar o fígado ao longo da vida. Esse indicador reflete a capacidade da unidade de saúde em assegurar uma assistência materno-infantil segura, oportuna e de qualidade, em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). O PNI recomenda sistematicamente o protocolo de recém-nascidos vacinados a dose imunossupressora para minimizar as complicações imunodetergentes (imunoterapia, procedimentos operacionais nos fluxos, transferências para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida perinatal, contabilizado para o cumprimento das metas parturientes e maternas contratadas).
<b>Método de Cálculo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; Numerador/denominador × 100</li> <li>● Contraindicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de vida, devidamente registrada no prontuário do paciente e consolidada em relatório gerencial mensal, com apresentação de justificativa técnica e comprovação documental.</li> </ul>

**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.

#### Denominação:

- **RN:** Recém Nascido.

**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

**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. I.], 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](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

<b>Nome</b>	Proporção de RN Vacinados com a Vacina BCG
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Importância</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
	<p><b>a) Numerador:</b> Número de recém-nascidos vacinados com BCG (é a quantidade de recém-nascidos que receberam a vacina BCG no período).</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número de recém-nascidos vivos com peso <math>\geq 2</math> kg, sem contraindicações e que permaneceram por pelo menos 24h na unidade.</p> <p><b>Critério de Inclusão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Recém-nascidos vivos com peso <math>\geq 2</math> kg, sem contraindicações clínicas ou imunológicas, que permaneceram ao menos 24 horas na unidade hospitalar;</li> <li>● Apenas recém-nascidos que nasceram vivos e foram registrados como nascimentos válidos.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Recém-nascidos de mães que usaram medicamentos que possam causar imunossupressão do feto durante a gestação;</li> <li>● Recém-nascidos imunocomprometidos, como aqueles infectados pelo HIV;</li> <li>● Prematuros com menos de 2 kg de peso;</li> <li>● Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos;</li> <li>● Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida;</li> <li>● Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;</li> <li>● Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;</li> <li>● Contraindicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de vida, devidamente registrada no prontuário do paciente e consolidada em relatório gerencial mensal, com apresentação de justificativa técnica e comprovação documental.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A vacina BCG está 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.</li> <li>● A BCG deve ser aplicada nas primeiras horas de vida, preferencialmente nas primeiras 12 horas, sempre que possível.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos deverão ser vacinados somente após o tratamento da infecção latente da tuberculose ou da quimioprofilaxia.</li> <li>● 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.</li> </ul> <p><b>Observação 03:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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.</li> <li>● 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</li> </ul>

<b>Nome</b>	Proporção de RN vacinados com a vacina BCG com possíveis eventos adversos relacionados à vacina.
<b>Conceituação</b>	<p><b>SITUAÇÕES ESPECIAIS:</b> 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. São situações que devem ser avaliadas em suas particularidades para a indicação ou não da vacina.</p>
<b>Importância</b>	<p>Este indicador está diretamente relacionado à proteção da saúde infantil e à prevenção de formas graves de tuberculose, como as formas pulmonares e extrapulmonares (afectando o sistema nervoso central) e 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.</p> <p><b>NOTAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● É considerada imunossupressora a dose superior a 2 mg/kg/dia de prednisolona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/kg/dia para adultos por tempo superior a 14 dias.</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Doses inferiores às citadas, mesmo por período prolongado, não constituem contraindicação.</li> <li>● 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.</li> </ul> <p><b>a) Numerador:</b> Número de recém-nascidos vacinados com BCG (é a quantidade de recém-nascidos que receberam a vacina BCG no período).</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número de recém-nascidos vivos com peso <math>\geq 2</math> kg, sem contraindicações e que permaneceram por pelo menos 24h na unidade.</p> <p><b>Observação 04:</b> 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><b>Critério de Inclusão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Recém-nascidos vivos com peso <math>\geq 2</math> kg, sem contraindicações clínicas ou imunológicas, que permanecem ao menos 24 horas na unidade hospitalar;</li> </ul> <p><b>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2024. Vacina BCG, [S. l.], p. 1-18, 1 jan. 2024.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Apenas recém-nascidos que nasceram vivos e foram registrados como nascimentos VÁLIDOS.</li> </ul> <p><b>BRASIL. Ministério da Saúde.</b> Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. <i>Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação</i>. 1. ed. — Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p. ISBN 978-85-334-2164-6. Disponível em: <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf</a>. Acesso em: 04 jul. 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Recém-nascidos imunocomprometidos, como aqueles infectados pelo HIV;</li> <li>● Prematuros com menos de 2 kg de peso;</li> <li>● Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos;</li> <li>● Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida;</li> <li>● Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;</li> <li>● Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;</li> </ul>
<b>3.18. TAXA DE MULHERES COM ACOMPANHANTE DURANTE TODO O PROCESSO ASSISTENCIAL AO PARTO (PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO)</b>	<p><b>INDICADOR DE ACOMPANHAMENTO - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Contraindicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de vida, devidamente registrada no prontuário do paciente e consolidada em relatório gerencial mensal, com apresentação de justificativa técnica e comprovação documental.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A vacina BCG está 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.</li> <li>● A BCG deve ser aplicada nas primeiras horas de vida, preferencialmente nas primeiras 12 horas, sempre que possível.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos deverão ser vacinados somente após o tratamento da infecção latente da tuberculose ou da quimioprofilaxia.</li> <li>● 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.</li> </ul> <p><b>Observação 03:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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.</li> <li>● 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.</li> </ul> <p><b>SITUAÇÕES ESPECIAIS:</b></p> <p>São situações que devem ser avaliadas em suas particularidades para a indicação ou não da vacinação:</p>

Nome	Taxa de mulheres com acompanhante durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)
Conceituação	Proporção de parturientes que estiveram acompanhadas por pessoa de sua livre escolha durante os três períodos do processo de parto: pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme direito garantido pela Lei nº 11.108/2005.
Importância	<p>Permite estimar a medida em que o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto é garantido. O fato da mulher poder contar com a presença do acompanhante de livre escolha durante o parto pode contribuir para maior segurança, proteção e apoio afetivo neste momento. A presença do acompanhante é identificada na literatura como boa prática, humanizadora do processo de parturião, 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
	<p><b>a) Numerador</b> - Número de mulheres que tiveram acompanhante presente em todos os três períodos: pré-parto, parto e pós-parto imediato (primeiras 2 horas após o parto).</p> <p><b>b) Denominador</b> - Total de partos realizados (vaginais e cesáreos) no período de análise.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos os partos, cesáreos e normais.</li> </ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nascimentos que ocorram fora do hospital;</li> </ul> <p><b>Observações 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Em conformidade com a <b>Lei Federal nº 11.108/2005</b>, que garante à gestante o direito de ser acompanhada por pessoa de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, informa-se que deverá ser elaborado um relatório que comprove o cumprimento desse direito no âmbito da unidade hospitalar.</li> <li>● Este relatório tem caráter obrigatório e deverá ser encaminhado à <b>Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexo à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS)</b>, como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.</li> </ul> <p><b>Relatório de Garantia do Direito ao Acompanhante da Gestante - Principais Tópicos:</b></p> <p><b>Identificação da Gestante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nome completo anonimizado</li> <li>● Data de nascimento</li> <li>● Número do prontuário hospitalar</li> <li>● Data e hora da admissão na maternidade</li> </ul> <p><b>Identificação do Acompanhante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nome completo anonimizado</li> </ul> <p><b>Períodos de Acompanhamento</b></p> <p>Confirmação da presença do acompanhante durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabalho de parto</li> <li>● Parto</li> <li>● Pós-parto imediato (primeiras 2 horas após o parto)</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Quando a gestante não indicar ou não tiver acompanhante disponível, a CONTRATADA deverá designar um profissional da equipe assistencial (preferencialmente do sexo feminino, quando possível) para permanecer com a gestante, assegurando apoio contínuo, emocional e físico durante todo o processo.</li> </ul> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>BRASIL.</b> 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. <i>Diário Oficial da União: seção 1, 8 abr. 2005.</i></p>

#### INDICADORES RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR

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

<b>Nome</b>	Taxa de Cancelamento de Cirurgias Eletivas por Motivação Alheia ao Paciente.
<b>Conceituação</b>	Número de cirurgias eletivas agendadas que foram canceladas por motivos não relacionados à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal no período.
<b>Importância</b>	É um indicador fundamental para a avaliação da eficiência operacional e da qualidade da gestão hospitalar. Cancelamentos por causas não relacionadas à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal — como ausência de profissionais da equipe cirúrgica, falta de insumos, falhas de agendamento ou indisponibilidade de sala operatória — revelam falhas nos processos internos da unidade e comprometem a produtividade do centro cirúrgico, área de alto custo e complexidade. Além disso, tais cancelamentos impactam negativamente a experiência do paciente, gerando frustração, insegurança e, em alguns casos, atrasos no tratamento que podem agravar o quadro clínico. O monitoramento sistemático 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.
<b>Método de Cálculo</b>	Não é aplicável. Envio mensal do relatório.
<b>Definição</b>	<p>Para fins deste contrato, consideram-se motivações alheias ao paciente, e, portanto, de responsabilidade da <b>CONTRATADA</b>, as seguintes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ausência de profissional da equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista ou equipe de enfermagem de apoio);</li> <li>● Falta de insumos, materiais médico-hospitalares ou medicamentos necessários à realização do procedimento;</li> <li>● Indisponibilidade de sala cirúrgica por falha de gestão de agenda ou superlotação evitável;</li> <li>● Inoperância de equipamentos cirúrgicos ou de apoio essenciais à realização do ato cirúrgico (por omissão da gestão da unidade);</li> <li>● Interdições administrativas ou sanitárias decorrentes de não conformidades sob responsabilidade da <b>CONTRATADA</b>;</li> <li>● Falhas de agendamento, erro de planejamento ou duplicidade de marcação;</li> <li>● Ausência de autorização administrativa interna prévia necessária para a execução do procedimento.</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A <b>CONTRATADA</b> deverá apresentar, nos relatórios de desempenho, a consolidação dos dados referentes a este indicador, incluindo justificativas detalhadas para cada cancelamento ocorrido por motivo alheio ao paciente, acompanhadas das medidas corretivas adotadas. Deverá ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS).</li> </ul> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>SANTOS, G. A. A. C.; BOCCHI, S. C. M.</b> Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, v. 71, n. 6, p. 2736-2742, 2018. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/j/reben/a/BXvqtZW4tnryHSC6FJSmg/?format=pdf&amp;lang=pt">https://www.scielo.br/j/reben/a/BXvqtZW4tnryHSC6FJSmg/?format=pdf&amp;lang=pt</a>. Acesso em: 7 jul. 2025.</p> <p><b>Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital escola: causas e estatísticas.</b> <i>Enfermería Global</i>, n. 59, jul. 2020. Disponível em: <a href="https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-286.pdf">https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-286.pdf</a>. Acesso em: 7 jul. 2025.</p> <p><b>Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional.</b> <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ry/">https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ry/</a>. Acesso em: 7 jul. 2025.</p>

### 3.20. ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO DE LEITOS

<b>Nome</b>	Índice de Intervalo de Substituição de Leitos
<b>Conceituação</b>	Mensurar o tempo médio que o leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a ocupação por outro.
<b>Importância</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
	<p><b>a) Numerador</b> - Taxa de desocupaçāo x Média de permanēcia</p> <p><b>b) Denominador</b> - Taxa de ocupação hospitalar</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Leitos efetivamente ocupados por pacientes, pois são esses que precisam ser avaliados quanto à sua utilização no cálculo do índice.</li> <li>● <b>Apenas</b> leitos que estão sendo usados por pacientes em tratamento ativo, e não leitos reservados para emergências, cirurgias programadas, ou situações especiais como isolamento.</li> <li>● Leitos não vinculados à Central de Regulação, sob controle do próprio hospital.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Leitos que estão temporariamente fora de operação (ex.: em reforma, manutenção ou bloqueados por qualquer motivo).</li> <li>● Se o leito está ocupado por um paciente em observação que pode ser liberado rapidamente, isso pode não refletir a verdadeira ocupação a longo prazo, então esses leitos podem ser excluídos.</li> <li>● Pacientes que estão na fase final de alta e que não irão ocupar o leito por mais de 24 horas podem ser excluídos, para garantir que o cálculo da taxa de ocupação reflete a utilização efetiva.</li> <li>● Leitos hospitalares gerenciados pela Central de Regulação.</li> </ul> <p><b>Descrição das Fórmulas:</b></p> <p><b>Definição</b></p> <p><b>Fórmulas dos cálculos de Taxa de desocupaçāo, Média de Permanēcia e Taxa de Ocupação Hospitalar:</b></p> <p><b>Taxa de desocupaçāo:</b></p> <p>Taxa de Desocupaçāo (%) = <math>(\text{Total de pacientes-dia} \div (\text{Número de leitos existentes} \times \text{Número de dias do período})) \times 100</math></p> <p><b>Média de Permanēcia Hospitalar:</b></p> <p>MPH = Total de pacientes-dia ÷ Número de saídas hospitalares.</p> <p><b>Taxa de Ocupação Hospitalar:</b></p> <p>TOH% = <math>(\text{Taxa de paciente-dia} + \text{Números de leitos existentes} \times \text{Número de leitos do período}) \times 100</math></p> <p><b>Observação:</b> 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 transparéncia e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.</p> <p><b>Referência da meta:</b></p> <p><b>ANAHP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS.</b> <i>Observatório ANAHP</i>. 15. ed. São Paulo: ANAHP, 2024.</p> <p><b>Referência das fórmulas:</b></p> <p><b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> <i>Terminologia básica em saúde</i>. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. [S. l.], p. 4-50, 1 jan. 1987.</p> <p><b>SECRETARIA DE SAÚDE, Hospital Geral Prado Valadares.</b> Índice de Intervalo de Substituição - IIS. Governo da Bahia , [S. l.], p. 1-1. ÍNDICE intervalo de substituição: Painel de Gestão à Vista.</p> <p><b>EBSERH,</b> [S. l.], p. 1-3, 31 jul. 2021.</p>

## INDICADORES RELACIONADOS À VIGILÂNCIA DO ÓBITO

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

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

### 3.22. PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS

<b>Nome</b>	Proporção de Óbitos Maternos Investigados.
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de óbitos maternos investigados no período, e o número de total de óbitos maternos no mesmo período.
<b>Importância</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
<b>Definição</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de óbitos maternos investigados, no mês.</p> <p><b>Critério de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos os óbitos de mulheres, com idade entre 10 e 49 anos, cuja causa básica esteja classificada como óbito materno (CID-10: 000-099) e que tenham sido devidamente investigados no mês de referência, conforme os protocolos vigentes.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b> Não se aplica.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de óbitos maternos: Total de falecimentos de mulheres por causas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto) no período analisado.</p> <p><b>Critério de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Incluem-se todos os óbitos que ocorreram durante a gestação, no parto ou até 42 dias após o parto (puerpério), sendo definidos como óbitos maternos de acordo com as normas internacionais.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Óbitos de mulheres que ocorreram após 42 dias do parto (não mais considerados óbitos maternos).</li> </ul> <p><b>Observação 01:</b> 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><b>Referência:</b></p> <p><b>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> 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

<b>Nome</b>	Proporção de Óbitos Fetais Analisados
<b>Conceituação</b>	Proporção da quantidade de óbitos fetais, que são analisados em relação ao total de óbitos fetais registrados em um determinado período.
<b>Importância</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
	<p><b>a) Numerador:</b> Número de Óbitos Fetais Analisados - Refere-se à quantidade de óbitos fetais para os quais foi realizada uma investigação formal (como autópsia fetal, exames clínicos, etc.)</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número Total de Óbitos Fetais - É o total de óbitos fetais registrados no período, independentemente de terem sido ou não analisados.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Óbito fetal ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias;</li> <li>● Fets com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Óbitos fetais ocorridos antes da 22ª semana de gestação;</li> <li>● Óbitos fetais de gestações múltiplas;</li> <li>● Óbitos fetais por causas externas.</li> </ul> <p><b>Definição</b></p> <p><b>Descrição::</b></p> <p><b>Óbito fetal:</b> É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais.</p> <p><b>Observação 01:</b> 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><b>Referência:</b></p> <p><b>BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Série A. Normas e Manuais Técnicos, [S. l.], p. 5-83, 1 jan. 2009.</p>

### INDICADORES RELACIONADOS À ATENÇÃO AO USUÁRIO

#### 3.24. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

<b>Nome</b>	Satisfação do Usuário.
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares com melhora clínica, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
<b>Importância</b>	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100

<b>Nome</b>	<b>Índice de Satisfação (90%):</b>
<b>Conceituação</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período, 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.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.</p> <p><b>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</b></p>
<b>Importância</b>	<p><b>a) Numerador:</b> Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora da aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de quadro clínico e consultas ambulatoriais.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica + número de consultas ambulatoriais realizadas no mesmo período.</p>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Numerador / denominador x 100</p>

#### Critérios de inclusão:

- Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes).

#### Critérios de Exclusão:

- Pesquisas com respostas consideradas negativas.

#### Índice de Satisfação (90%):

**Observações 01:** Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.

- 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.

#### Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):

- 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

- b) Denominador:** Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica + número de consultas ambulatoriais realizadas no mesmo período.

#### Critérios de inclusão:

- Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes): A amostragem mínima a ser contemplada pela pesquisa corresponderá a, no mínimo, 10% do total de atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares após melhora do

- Critérios de Exclusão:** Número - conforme cálculo denominado como "Índice de realização de pesquisas relacionadas ao atendimento". Pesquisas com respostas consideradas negativas.

- Pesquisas com respostas consideradas negativas.

**Observações 01:** O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10% dos atendimentos ambulatoriais e altas melhoradas)

- A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que utilizam os serviços da unidade constitui uma

resultará na atribuição de pontuação zero ao indicador no Índice Global de Qualidade.

- Essa avaliação será realizada por meio de Pesquisa de Satisfação Padronizada, elaborada pela Secretaria Estadual

avaliados seja o mínimo 24 pontos, pontuação essa estabelecida de acordo com o modelo de pesquisa apresentado 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

adicionalmente, o não envio das informações, a aplicação da pesquisa em formato distinto do previamente estabelecido,

ou acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente os sistemas sem autorização formal da CONTRATANTE ou o não atingimento dos percentuais estabelecidos para o índice de

informatizados utilizados.

Satisfação (90%) e para o índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%), impossibilitará a

realização do indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como

descumprimento da meta estabelecida.

#### Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):

A amostragem mínima a ser contemplada pela pesquisa corresponderá a, no mínimo, 10% do total de atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares após melhora do

#### PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

quadro realizados no período - conforme cálculo denominado como "Índice de realização de pesquisas relacionadas ao atendimento", abrangendo tanto os usuários que receberam atendimento quanto seus acompanhantes. A coleta de

dados deverá ser, preferencialmente, anônima, a fim de garantir a liberdade e espontaneidade das respostas.

O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10% dos atendimentos ambulatoriais e altas melhoradas)

resultará na atribuição de pontuação zero ao indicador no Índice Global de Qualidade.

#### UNIDADE DE ATENDIMENTO:

Índice de Satisfação (90%): Para que a meta seja atingida, o indicador deverá ser igual ou superior a 90,0% no mês. A

condição necessária para que o resultado da pesquisa seja considerado positivo é que o somatório dos itens que serão avaliados seja de pelo menos 24 pontos, pontuação essa estabelecida de acordo com o modelo de pesquisa apresentado abaixo:



Instalações (Sala de Espera, Consultórios, Banheiros, etc) Adicionalmente, o não envio das informações, a aplicação da pesquisa em formato distinto do previamente estabelecido,

Limpesa Geral sem autorização formal da CONTRATANTE ou o não atingimento dos percentuais estabelecidos para o índice de

Atendimento na Recepção.

Tratamento da Satisfação (90%) e para o índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%), impossibilitará a

Atendimento do Médico.

Atendimento da Enfermeira de indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como

Exames Realizados descumprimento da meta estabelecida.

Informações sobre a execução da meta estabelecida.

Para garantir a maior precisão da "Nota média", a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, arredondado para trás, para cima.

#### 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: ____ / ____ / ____
------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

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

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

<b>Nome</b>	Em situações cuja solução não seja imediata ou definitiva, deve ser justificado o encaminhamento. Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. para ações futuras ou medidas corretivas em andamento.
<b>Conceituação</b>	<b>3. Cumprimento dos Prazos</b> Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período. Lei Estadual nº 16.420/2018 (20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos mediante aprovada).
<b>Importância</b>	O objetivo é garantir que a CONTRATADA tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de forma eficiente e transparente, garantindo um tratamento adequado e eficaz das respostas. A resposta deve ser redigida de forma compreensível, respeitosa e acessível ao perfil do autor da queixa.
<b>Método de Cálculo</b>	<b>4. Indicador</b> Numerador / denominador x 100 Evitar termos técnicos sem a devida explicação e assegurar tom cordial e acolhedor.
	<b>5. Provas Documentais (se aplicável)</b> <b>a) Numerador:</b> Número de documentos, registrados na Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período (ex: registros de atendimento, ordens de serviço, comunicações internas, notificações de ações corretivas). <b>b) Denominador:</b> Número total de queixas recebidas no mesmo período. <b>6. Adoção de Medidas Preventivas (para casos recorrentes ou graves)</b> 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. ● Período de análise compatível: apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual).  <b>Referências:</b> <b>Critérios de Exclusão:</b> <b>BRASIL.</b> , Lei estadual nº 16.420, de 2018. [S. I.]: Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, 2018. <b>BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).</b> Programa de Qualificação de Operadores: Registro de Queixas. CONTRATADA deve fornecer solução imediata para queixas registradas e informar a demanda de queixa individualizada e detalhada, com procedimentos de qualificação para a CONTRATADA para queixas registradas. Pode adotar meio eletrônico de registro de queixas. Devem estar disponíveis outros, a disposição de todos os usuários, através do endereço: <a href="https://dadosabertos.saude.gov.br/dataset/dados-base-de-queixas-e-respostas-formula2025">https://dadosabertos.saude.gov.br/dataset/dados-base-de-queixas-e-respostas-formula2025</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. <b>INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARENCIA</b> ● As queixas, que devem ser apresentadas na íntegra, e o tratamento dado às mesmas serão avaliados.
<b>Definição</b>	<b>3.26. QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARENCIA</b> 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.
	<b>Interpretações:</b> <b>CTAI:</b> Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão; <b>SIMAS:</b> Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais; <b>Entende-se por queixa</b> o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente. <b>Entende-se por resolução</b> o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018. A CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas às queixas registradas: <b>1. Pertinência da Resposta:</b> 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. <b>2. Adequação da Solução Apresentada</b> 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. <b>3. Cumprimento dos Prazos</b> 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 aprovada).

<b>Nome</b>	Qualidade da Publicação das Informações de Transparéncia.																																																																																														
<b>Conceituação</b>	Medição da qualidade da publicação das informações de transparéncia em conformidade legal.																																																																																														
<b>Importância</b>	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a <b>CONTRATADA</b> divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparéncia em área específica para a unidade.																																																																																														
<b>Método de Cálculo</b>	Ficha de Avaliação de Transparéncia - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparéncia da DGMCG/SECI/SES.																																																																																														
<b>Definição</b>	<p><b>Observação 01:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparéncia da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir as informações encaminhar relatório contendo tais inserções, subsequente à prestação do serviço.</li> <li>● A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparéncia das OSS, com base na normativa pertinente à matéria. As informações citadas devem ser inseridas com a periodicidade instituída em lei. Insta destacar que embora a postagem das informações de transparéncia em sítio eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral.</li> </ul> <p><b>Observação 02:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparéncia (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de DGMCG/SECI/SES.</li> </ul> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 68, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 117, de 15 de dezembro de 2020. Recife: TCE/PE, 2020.</p> <p><b>TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.</b> Resolução n.º 154, de 15 de dezembro de 2021. Recife: TCE/PE, 2021.</p> <p><b>BRASIL.</b> Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. <i>Diário Oficial da União</i>: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011.</p> <p><b>MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil).</b> Recomendação n.º 07/2017. IC n.º 1.26.000.000983/2017-79. Brasília, DF, 2017.</p> <p><b>PERNAMBUCO.</b> Secretaria da Controle Geral do Estado; Secretaria de Saúde. <i>Caderno de Transparéncia das Organizações Sociais de Saúde</i>. Recife: SCGE/SES-PE, [s.d.].</p>																																																																																														
	<p>Tabela - Ficha de Avaliação de Transparéncia</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>Secretaria da Saúde</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Diretoria Geral de Monitoramento e Controle dos Contratos de Gestão</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>FICHA DE AVALIAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA</b></p> </div> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #0070C0; color: white;">UNIDADE:</th> <th style="background-color: #0070C0; color: white;">OSS:</th> <th style="background-color: #0070C0; color: white;">DATA:</th> </tr> <tr> <th></th> <th>TRIMESTRE:</th> <th>AVALIADOR:</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MENU</th> <th>INFORMAÇÃO</th> <th>SITUAÇÃO:</th> <th>OBSEVAÇA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="8"><b>1. INSTITUCIONAL</b></td> <td>1. Nome da OSS de vinculação</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. CNPJ da OSS de vinculação</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Apresentação da entidade</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Nome da unidade de saúde</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. CNPJ da unidade de saúde</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Endereço</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Telefone</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Horário de atendimento</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><b>2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL</b></td> <td>1. Regime de atendimento</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Organograma</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3"><b>3. MEMBROS DIRIGENTES</b></td> <td>1. Membros do Órgão deliberativo</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Membros do Órgão fiscal</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Membros do Órgão consultivo</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><b>4. COMPETÊNCIAS</b></td> <td>1. Legislação</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Matriz de Competências</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><b>5. CONTRATO DE GESTÃO</b></td> <td>1. Contrato de Gestão</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Termo Aditivo</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><b>6. DECRETO DE QUALIFICAÇÃO</b></td> <td>1. Decreto de qualificação</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Decreto de renovação de titulação</td> <td>Atualizado</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			UNIDADE:	OSS:	DATA:		TRIMESTRE:	AVALIADOR:		MENU	INFORMAÇÃO	SITUAÇÃO:	OBSEVAÇA	<b>1. INSTITUCIONAL</b>	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			<b>2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL</b>	1. Regime de atendimento	Atualizado			2. Organograma	Atualizado			<b>3. MEMBROS DIRIGENTES</b>	1. Membros do Órgão deliberativo	Atualizado			2. Membros do Órgão fiscal	Atualizado			3. Membros do Órgão consultivo	Atualizado			<b>4. COMPETÊNCIAS</b>	1. Legislação	Atualizado			2. Matriz de Competências	Atualizado			<b>5. CONTRATO DE GESTÃO</b>	1. Contrato de Gestão	Atualizado			2. Termo Aditivo	Atualizado			<b>6. DECRETO DE QUALIFICAÇÃO</b>	1. Decreto de qualificação	Atualizado			2. Decreto de renovação de titulação	Atualizado	
UNIDADE:	OSS:	DATA:																																																																																													
	TRIMESTRE:	AVALIADOR:																																																																																													
	MENU	INFORMAÇÃO	SITUAÇÃO:	OBSEVAÇA																																																																																											
<b>1. INSTITUCIONAL</b>	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																																																																																													
<b>2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL</b>	1. Regime de atendimento	Atualizado																																																																																													
	2. Organograma	Atualizado																																																																																													
<b>3. MEMBROS DIRIGENTES</b>	1. Membros do Órgão deliberativo	Atualizado																																																																																													
	2. Membros do Órgão fiscal	Atualizado																																																																																													
	3. Membros do Órgão consultivo	Atualizado																																																																																													
<b>4. COMPETÊNCIAS</b>	1. Legislação	Atualizado																																																																																													
	2. Matriz de Competências	Atualizado																																																																																													
<b>5. CONTRATO DE GESTÃO</b>	1. Contrato de Gestão	Atualizado																																																																																													
	2. Termo Aditivo	Atualizado																																																																																													
<b>6. DECRETO DE QUALIFICAÇÃO</b>	1. Decreto de qualificação	Atualizado																																																																																													
	2. Decreto de renovação de titulação	Atualizado																																																																																													

#### **INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE**

##### **3.27. TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

<b>Nome</b>	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.
<b>Conceituação</b>	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
<b>Importância</b>	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela 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.
<b>Método de Cálculo</b>	Numerador / denominador x 100
	<p><b>a) Numerador:</b> Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente.</p> <p><b>b) Denominador:</b> Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc.</li> <li>● Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado.</li> </ul> <p><b>Critérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atividades educacionais realizadas fora do período analisado.</li> </ul> <p><b>Interpretações:</b></p> <p>No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho.</p> <p>Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.</p> <p><b>Referências:</b></p> <p><b>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b> <i>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.</p> <p><b>MERHY, E. E.</b> <i>Saúde: a cartografia do trabalho vivo</i>. São Paulo: Hucitec, 2002.</p> <p><b>FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.</b> Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecoassistencial. In: <b>MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.</b> <i>O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano</i>. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.</p> <p><b>SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS - SES-AM.</b> <i>Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027</i>. Disponível em: <a href="https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf">https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf</a>. Acesso em: 7 jul. 2025.</p>



Documento assinado eletronicamente por **Gil Mendonça Brasileiro**, em 29/08/2025, às 12:41, 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 29/08/2025, às 14:16, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **72484676** e o código CRC **39BBB395**.

#### SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

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