

36º 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 Virgínio 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 Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão; **CONSIDERANDO** o Parecer Técnico nº 422/2025 da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI (ID. nº 77749240); **CONSIDERANDO** o Parecer Técnico nº 269 da Comissão Mista de Avaliação (ID. nº 78387867) bem como a instrução do Processo SEI nº 2300002754.000145/2025-58 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 repactuação de metas e indicadores no âmbito do Contrato de Gestão nº 002/2017, conforme disposto no Anexo ID. 77483518.

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

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA

2.1. O presente **TERMO ADITIVO** terá seu termo inicial a partir da data de sua assinatura e termo final equivalente ao término da vigência do Contrato de Gestão nº 002/2017

CLÁUSULA TERCEIRA - DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA QUARTA - DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA QUINTA - DO FORO

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

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

Recife, data da assinatura digital.

ZILDA DO REGO CAVALCANTI
SECRETÁRIA
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

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

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - AMBULATÓRIO MÉDICO													
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	
	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	
Número de 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

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - AMBULATÓRIO PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPE RIOR, EXCETO MÉDICO													
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de consultas 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

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

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - CIRURGIAS ELETIVAS													
CIRURGIAS	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de cirurgias realizadas eletivas e de urgência e emergência	243	243	243	243	243	243	243	243	243	243	243	243	2.916

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 (exceto parto cesáreo).

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 (≥ 24 h); Proporção de óbitos maternos investigados; Proporção de óbitos fetais analisados. **Atenção ao Usuário:** Satisfação do usuário; Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. **Transparência:** Qualidade da publicação das informações de transparência. **Educação Permanente:** Taxa de execução do Plano de Educação Permanente.

4.1. META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS)

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

Quadro 01 - Indicadores Quantitativos (Produção)

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META MENSAL
Produção	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 (exceto parto cesáreo)	243

Quadro 02 - Indicadores Qualitativos (Índice Global de Qualidade)

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE				
TIPO	INDICADOR	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR
	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	$\leq 20\%$ de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.		3
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	$\leq 4,7$	Pontuação: 4.	4
		$>4,7$ e $\leq 12,6$	Pontuação: 2.	
		$> 12,6$	Pontuação: 0.	
		$\leq 2,7$	Pontuação: 4.	

Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI				
ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE				
TIPO	INDICADOR	META	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Qualidade da assistência à saúde	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias labapós a alta.	> 5,1 Pontuação: 0. ≤ 7,1 Pontuação: 4. ≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias. 7,1 > e ≤ 12,3 Pontuação: 2.	3	57
	confirmada, associada a Densidade de incidência de cateter venoso central em infecção do trato urinário UUI adulto associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	≤ 4,7 Pontuação: 4. >4,7 e ≤ 12,6 Pontuação: 2. > 12,3 Pontuação: 0.	4	
	infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente	≤ 10,0 Pontuação: 4. > 12,6 Pontuação: 0.	4	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI	> 10,0 e ≤ 17,2 Pontuação: 2. ≤ 2,7 Pontuação: 4.	4	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI	> 2,7 e ≤ 5,1 Pontuação: 2. > 17,2 Pontuação: 0.	4	
	infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente	> 5,1 Pontuação: 0.	4	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI	> 13, e ≤ 25,1 Pontuação: 4. 7,1 > e ≤ 12,3 Pontuação: 2.	4	
	infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente	>25,1 Pontuação: 0 ≤ 6,1 Pontuação: 4.	4	
	confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulta em UTI	> 6,1 e ≤ 8,6 Pontuação: 2. > 12,3 Pontuação: 0.	4	
	pediátrica	> 8,6 Pontuação: 0. ≤ 10,0 Pontuação: 4.	4	
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea	≤ 1,7% Pontuação: 4. > 10,0 e ≤ 17,2 Pontuação: 2. > 1,7% e ≤ 3,3% Pontuação: 2.	4	
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-operatório	> 3,5% Pontuação: 0.	4	
	confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a > 17,2 Pontuação: 0.	4	
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP)	A ≤ 13,8 Pontuação: 4. (Braden ≤12) for igual ou inferior a > 13,8 e ≤ 25,1 Pontuação: 2. 11,1% (Obs: Com plano de cuidados documentado) >25,1 Pontuação: 0	4 2	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão)	≤ 6,1 Pontuação: 4. > 6,1 e ≤ 8,6 Pontuação: 2. ≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia > 8,6 Pontuação: 0.	3 4	
	Taxa de mortalidade pediátrica	> 8,6 Pontuação: 0.	4	
	cirúrgica segundo ASA 1	até 0,1% Pontuação: 4. > 1,7% e ≤ 3,5% Pontuação: 2. até 3,4% Pontuação: 0.	4 4	
	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 2	> 3,5% Pontuação: 0.	4	
Qualidade da assistência à saúde	Taxa de mortalidade cirúrgica segundo ASA 3	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a até 17,8% 2,2%	2 4	57
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP)	até 65,4% A incidência de LPP no Grupo B	1	

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE				
TIPO	INDICADOR Acolhimento com	META Enviar o relatório da classificação de	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Assistência Perinatal Hospitalar	Proporção de reinternações Conformidade com o hospitalares relacionadas ao Programa Nacional de procedimento cirúrgico, Segurança do Paciente ocorridas em até 30 dias (PNSP) após a alta.	≤ 20% de reinternação hospitalar pós- Envio cirurgia em até 30 dias.ça do paciente	3 3	17
	Taxa de cobertura da Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto	≤ 4,7 Pontuação: 4. Atingir 100% das gestantes testadas. >4,7 e ≤ 12,6 Pontuação: 2. na admissão hospitalar	3 4	
	testagem rápida para HIV na admissão de gestantes na maternidade	≤ 2,7 na admissPontuação: 4.	3	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI no	> 2,7 e ≤ 5,1 Pontuação: 2. Alcançar 100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento iniciado durante o internamento > 5,1 Pontuação: 0.	4	
	recém-nadriçãurante a Densidade de incidência de infecção da corrente instrursanguínea,as com laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em realizadUTI adulto registro de	≤ 7,1 Pontuação: 4. 7,1 > e ≤ 12,3 Pontuação: 2. Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos instrumentalizados	3 4	
	justificativa clínica Densidade de incidência de documentada. infecção da corrente Proporção de recém- sanguínea, nascidos vacinados com laboratorialmente 1ª dose de vacina contra confirmada, associada a hepatite B cateter venoso central em Proporção de recém- UTI pediátrica	≤ 10,0 Pontuação: 4. episiotomias realizadas > 10,0 e ≤ 17,2 Pontuação: 2. Atingir 100% dos recém-nascidos vacinados nas primeiras 12 horas de vida Atii> 17,20% dos rePontuação: 0.	2 4 2	
	nascidos vacinados com a Densidade de incidência de Tpneumonia associada à e ventilação mecânica em UTI motivaadultoieia ao paciente	≤ 13,8 Pontuação: 4. > 13,8 e ≤ 25,1 Pontuação: 2. >25,1 Pontuação: 0. Civlio da Informaçã	2 4 3	
	Índice de intervalo de Densidade de incidência de substituição de leitos pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	≤ 6,1 Pontuação: 4. ≤1,6 dias Pontuação: 2. > 6,1 e ≤ 8,6 Pontuação: 0. Revisão de 90% ou mais dos óbitos > 8,6 instituciorPontuação: 0.	3 4	
	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h) Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	Revisãentre 80% e 100% dos ≤ 1,7% Pontuação: 4. óbitos institucionais Pontuação: 2. > 1,7% e ≤ 3,5% Pontuação: 0. Revisão inferior a 80% dos óbitos > 3,5% Pontuação: 0. institucionais	1 4 0	
	Proporção de óbitos Materno e neonatal com lesão por pressão (LPP)	A incidência de LPP no Grupo A Investigar 100% dos óbitos maternos (Braden ≥13) for igual ou inferior a Investigar menos que 100% dos 2,2% óbitos maternos A incidência de LPP no Grupo B	2 0 4	
Eficiência da Gestão Hospitalar Qualidade da assistência à saúde				6 57
Vigilância do Óbito				6

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE				
TIPO	Proporção de óbitos fetais analisados INDICADOR	Analisar menos que 100% dos óbitos META fetais	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Atenção ao Usuário	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0% Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0% e menor que 90,0% cirurgia em até 30 dias. Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%	3 2 1	6
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70% >4,7 e ≤ 12,6 e 70%	4 0	
	Índice de acatitação das associações à cateter vesical neonatais às reuniões de demora em UTI adulto registradas	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas > 12,6	4 3	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI	Atinir ≤ 2,7 para desejo de qualidade da publicação das informações de transparência. > 2,7 e ≤ 5,1 Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência. > 5,1	4 3 0	
Transparência	Qualidade da publicação pediátrica	Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,0%) de qualidade da publicação	4 3 2	4
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto	Atinir ≤ 7,1 e qualidade da publicação das informações de transparência. 7,1 > e ≤ 12,3 Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência. Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação	4 3 1 4 0	
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI pediátrica	Atinir ≤ 10,0 e 90,0% a 100% das ações de educação na saúde programadas para o período. 80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 2	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto	Atinir ≤ 13,8 e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 13,8 e ≤ 25,1 e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	
Educação Permanente	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	Atinir ≤ 13,8 e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 13,8 e ≤ 25,1 e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	4
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	Atinir ≤ 13,8 e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 13,8 e ≤ 25,1 e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	Atinir ≤ 13,8 e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 13,8 e ≤ 25,1 e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	Atinir ≤ 13,8 e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 13,8 e ≤ 25,1 e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	
TOTAL		>25,1 Pontuação: 0		100
Qualidade da assistência à saúde		>25,1 Pontuação: 0		57
Qualidade da assistência à saúde	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	Atinir ≤ 6,1 e 80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 6,1 e ≤ 8,6 e 80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	4
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	Atinir ≤ 6,1 e 80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 6,1 e ≤ 8,6 e 80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	Atinir ≤ 6,1 e 80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 6,1 e ≤ 8,6 e 80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica	Atinir ≤ 6,1 e 80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 6,1 e ≤ 8,6 e 80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	
Quadro 03 - Indicadores Quantitativos de Acompanhamento		Sem Valoração Financeira		
Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	Atinir ≤ 1,7% e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 1,7% e ≤ 3,5% e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	4
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	Atinir ≤ 1,7% e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 1,7% e ≤ 3,5% e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	Atinir ≤ 1,7% e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 1,7% e ≤ 3,5% e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	
	Taxa de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea	Atinir ≤ 1,7% e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. > 1,7% e ≤ 3,5% e 75,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	4 2 0 4	
Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP)	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP)	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%	4	4
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP)	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%	4	
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP)	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%	4	
	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP)	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%	4	

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

1.18. 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 (exceto parto cesáreo)	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 DESCRIÇÃO 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
Produção	Número de saídas hospitalares	Total de saídas hospitalares	Atingir o quantitativo de 586 saídas hospitalares por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de consultas médicas realizadas	Total de consultas médicas ambulatoriais	Realizar 1.000 consultas médicas em regime ambulatorial	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 875 consultas de profissional de nível superior em regime ambulatorial	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 8.881 atendimentos de urgência/emergência por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE
	Número de cirurgias realizadas	Total mensal de cirurgias realizadas (exceto parto cesáreo).	Realizar 243 cirurgias mensais , informando a produção por especialidade médica responsável pelos procedimentos.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

2.1.1. NÚMERO DE SAÍDAS HOSPITALARES

O indicador de saídas hospitalares vai identificar a quantidade de saídas hospitalares – aquelas que geram AIHs – ocorridas na unidade, mês a mês, em conformidade com a quantidade especificada no contrato celebrado.

Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até **5,0%** do valor global do contrato. As informações de produção serão informadas mensalmente, até o **20º** dia do mês subsequente à produção, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC deliberada pela contratante.

A meta para este indicador é realizar **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\$)
Número de saídas hospitalares	Acima do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	5,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	4,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	3,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	2,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

2.1.2 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 **243** cirurgias eletivas e de urgência e 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 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
QUALIDADE	Proporção de mulheres com acompanhante durante todo o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).	Total 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. PROPORÇÃO DE MULHERES COM ACOMPANHANTE DURANTE TODO O PROCESSO ASSISTENCIAL AO PARTO (PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO)

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

2.3 INDICADORES DE QUALIDADE

Com o intuito de qualificar a análise dos indicadores de qualidade dos contratos de gestão foi desenvolvido um **Índice Global de Qualidade**, que abrange áreas essenciais como qualidade da assistência à saúde, 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

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	Avaliar a qualidade de efetividade da CCIH. Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes	≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias. Pontuação: ≤ 4,7 4. Pontuação: >4,7 e ≤ 12,6 2.	SIMAS ou outra FONTE DE solução determinada VERIFICAÇÃO pela SES/PE	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	inProporção de to uri reinternações a à cathospitulares de relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta. Densidade de incidência de	relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI adulto. Avaliar a qualidade da assistência e efetividade da CCIH. infecções adquiridas	Pontuação: > 12,6 0. Pontuação: ≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias. Pontuação: ≤ 4,7 4. Pontuação: >4,7 e ≤ 12,6 2.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4 3	
	incidência de infecção do trato urinário Densidade de a à ca incidência de de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto. infecção da corrente	relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI adulto. infeções adquiridas	Pontuação: > 2,7 e ≤ 5,1 ≤ 4,7 Pontuação: >4,7 e ≤ 12,6 Pontuação: > 5,1 Pontuação: ≤ 7,1 Pontuação: > 12,6	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4 4	
	sanguínea, laboratorialmente Densidade de a incidência de ter 'infecção do trato' urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica. ente	relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora na UTI pediátrica. infeções da	Pontuação: 7,1 > e ≤ 12,3 ≤ 2,7 Pontuação: > 2,7 e ≤ 5,1 Pontuação: > 12,3 Pontuação: ≤ 10,0 Pontuação: > 5,1 > 10,0 e ≤	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4 4	
	Densidade de la incidência de te infecção da corrente asso sanguínea, eter 'laboratorialmente Uconfirmada,). associada a cateter venoso central em a UTI adulto. de	relacionados uso infeções da corrente censanguínea, ém 'laboratorialmente Uconfirmada, ca. associada a cateter venoso central em a UTI adulto. de pneumonia associada	Pontuação: 17,2 ≤ 7,1 Pontuação: 7,1 > e ≤ 12,3 Pontuação: > 17,2 Pontuação: ≤ 13,8 Pontuação: > 12,3 > 13,8 e ≤	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4 4	
	Densidade de a incidência de infeções da corrente em UTI adulto. laboratorialmente confirmada,	ao uso de ventilação mecânica e infeções relacionadas ao uso de cateter venoso	Pontuação: 25,1 ≤ 10,0 Pontuação: > 10,0 e ≤ 17,2 Pontuação: ≤ 6,1	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	

Identificar a ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	Densidade de incidência de infecções associada à ventilação mecânica em UTI pediátrica.	ocorrência de casos de pneumonia associada à ventilação mecânica em recém-nascidos em unidades de terapia intensiva pediátrica.	Pontuação: > 6,1 e ≤ 8,6 2. > 8,6 0. Pontuação: ≤ 1,7% 4.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4	
Qualidade da assistência à saúde	Proporção de reinternações Taxa de infecções hospitalares de sítio cirúrgico relacionadas ao nós-cesárea. procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após Incidência de	cuidado cirúrgico prestado às pacientes submetidas à cesariana. Avaliação da qualidade da assistência e o efetividade da CCIH.	> 1,7% e ≤ 3,5% Pontuação: 2. Pontuação: > 3,5% 0. A taxa de reinternação hospitalar pós-cirurgia em igual até 30 dias. 2,2%	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4 4	57
	pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada incidência de por risco clínico infecção do trato (Escala de Braden). urinário associada à cateter vesical de demora em UTI que	pacientes adultos Monitorar a internados, de frequência de acordo com a infecções adquiridas classificação de risco pelos pacientes obtida pela Escala de Braden. urinário associada à cateter vesical de demora na UTI Monitorar a frequência com que	A incidência de LPP no Grupo B (Braden ≤ 12) for igual ou inferior a 11,1%. >4,7 e ≤ 12,6 Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	2 4	
	sem lesão) de pacientes internados por 1000 Densidade de pacientes-dia. incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Taxa pediátrica de	os pacientes Monitorar a internados em uma frequência de unidade de saúde infecções adquiridas sofrem quedas. pelos pacientes Acompanha urinário associada à cateter vesical de demora na UTI Monitorar a frequência de quedas	≤ 2,7 Pontuação: 4. ≤ 2,2 a cada 1.000 Pontuação: 2. > 2,7 e ≤ 5,1 Pontuação: 2. Pontuação: 0.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3 4	
	cirúrgica segundo ASA 1. incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	pacientes com baixo risco (ASA 1). frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto. (2).	até 0,1% Pontuação: 4. 7,1 > e ≤ 12,3 Pontuação: 2. Pontuação: 0.	à transmissão do SIMAS Relatório da Comissão de Óbitos, Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	4 4	
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada,	Avaliar a frequência de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao uso de cateter venoso	≤ 10,0 Pontuação: 4. > 10,0 e ≤ 17,2 Pontuação: 2.			

Monitorar e avaliar o ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
	Taxa de mortalidade cirúrgico ASA 3.	segurança e qualidade do atendimento cirúrgico para pacientes com condições clínicas graves. Monitorar e avaliar a qualidade e segurança do atendimento	até 17,8%	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	2	
	Proporção de Taxa de reinternações de cirúrgicos hospitalares do relacionamento ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	cirúrgico para pacientes com condições clínicas graves e instáveis. Certificar que os pacientes atendidos da assistência e efetividade da CCIH.	até 65,4% ≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.	Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	1 3	
	Densidade de A incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI adulto, com o	Monitorar a frequência de infecções por cateter urinário associada à cateter vesical de demora na UTI. Adulto, segurança sejam	≤ 4,7 >4,7 e ≤ 12,6 > 12,6	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Enviar o relatório da classificação de risco Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	3 4
	Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) Densidade de incidência de Taxa de cobertura infecção do trato da testagem para urinário associada à sífilis (teste cateter vesical de rápido) na demora em UTI pediátrica. gestantes na	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelo cateter urinário associada à cateter vesical de demora na UTI pediátrica.	E ≤ 2,7 do relatório de segurança do paciente > 2,7 e ≤ 5,1 Atingir 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar > 5,1	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS SIMAS ou outra solução de SES, anexo à transmissão do SIMAS	3 4
	Densidade de maternidade. incidência de infecção da corrente sanguínea, Taxa de cobertura laboratorialmente da testagem confirmada, rápida para HIV na associada a cateter admissão de venoso central em gestantes na UTI adulto. maternidade.	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	≤ 7,1 > 7,1 > e ≤ 12,3 Alcançar 100% das gestantes testadas na admissão hospitalar > 12,3	Pontuação: 4. Pontuação: 2. Pontuação: 0.	SIMAS ou outra solução Relatório enviado à determinada pela SES, anexo à transmissão do SIMAS	3 4
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada,	hospitalar para o parto. Avaliar a frequência de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao uso de cateter venoso	≤ 10,0 > 10,0 e ≤ 17,2	Pontuação: 4. Pontuação: 2.		3

TIPO	Percentual de gestantes com sífilis diagnosticada no parto que iniciaram tratamento junto com o recém-nascido, durante a internação hospitalar.	ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE				PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
		Assegurar o início oportuno do tratamento da sífilis em gestantes diagnosticadas no parto e em seus recém-nascidos durante a internação hospitalar. Garantir que os	Alcançar 100% das puérperas e recém-nascidos com tratamento iniciado durante o internamento hospitalar	META	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE		
Assistência Perinatal Hospitalar	Proporção de reinternações. Proporção de hospitalares partos relacionadas ao instrumentalizados procedimento com justificativa cirúrgico, ocorridas clínica registrada, em até 30 dias após a alta.	partos instrumentalizados, como fórceps e vácuo-extractor, sejam realizados de forma criteriosa. Avaliar a qualidade com base em da assistência e indicações clínicas efetividade da CCIH.	Assegurar o registro da justificativa clínica em 100% dos partos ≤ 20% de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias.		Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	3	17
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à episiotomias cateter vesical de realizadas com demora em UTI registro de adulto justificativa clínica	devidamente Monitorar a registradas. frequência de Monitorar a infecções adquiridas conformidade da pelos pacientes realização da relacionados trato episiotomia com as urinário associada à boas práticas cateter vesical de obstétricas, demora na UTI assegurando que esse procedimento	≤ 4,7	Pontuação: 4.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	2	
			>4,7 e ≤ 12,6	Pontuação: 2.			
			Assegurar justificativa clínica documentada em 100% das episiotomias > 12,6 realizadas.	Pontuação: 0.		4	
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à episiotomias cateter vesical de realizadas com demora em UTI registro de adulto justificativa clínica	Monitorar a seja realizado frequência de apenas quando	≤ 2,7	Pontuação: 4.	Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS		
		infecções adquiridas clinicamente pelos pacientes necessário.	> 2,7 e ≤ 5,1	Pontuação: 2.		2	
		relacionados trato Monitorar, analisar urinário associada à e avaliar as ações cateter vesical de de proteção e de recém-nascidos demora na UTI proteção a saúde e pediátrica. a qualidade da	Atingir 100% dos recém-nascidos vacinados nas primeiras 12 horas de vida	Pontuação: 0.		4	
	Dose de vacina contra hepatite B. incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, de associada a cateter venoso central em UTI adulto.	Monitorar a frequência de	≤ 7,1	Pontuação: 4.	SIMAS ou outra Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS		
		infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, de associada a cateter venoso central em UTI adulto.	7,1 > e ≤ 12,3	Pontuação: 2.		2	
		de confirmada, de associada a cateter venoso central em UTI adulto.	Atingir 100% dos recém-nascidos vacinados nas primeiras 12 horas de vida	Pontuação: 0.		4	
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, de associada a cateter venoso central em UTI adulto.	prestada ao recém-nascido	≤ 10,0	Pontuação: 4.			
		Avaliar a frequência de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao uso de cateter venoso	> 10,0 e ≤ 17,2	Pontuação: 2.		2	

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
Eficiência da Gestão TIPO Hospitalar	Taxa de cancelamento de cirurgias eletivas por motivação alheia ao paciente. INDICADOR	processos administrativos e operacionais que levam ao cancelamento de	Envio de informação META	SIMAS ou outra	PONTUAÇÃO POR INDICADOR 3	PONTUAÇÃO POR GRUPO 6	
		ESPECIFICAÇÃO		solução determinada pela SES/PE FONTE DE VERIFICAÇÃO			
		Avaliar e monitorar o tempo entre a		SIMAS ou outra			
		desocupação e a ocupação de leitos hospitalares.		solução determinada pela SES/PE			
	Índice de intervalo de substituição de leitos.		≤1,64 dias		3		
Vigilância do Óbito	Proporção de reinternações Taxa de revisão hospitalares das óbitos relacionadas ao institucional procedimento ($\leq 74h$) cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta.	Revisar os óbitos que ocorreram após 24 horas de internação Avaliar a qualidade da assistência e efetividade da CCIH.	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais $\leq 20\%$ de reinternação Revisão inferior a 80% dos hospitalar pós-cirurgia em óbitos institucionais até 30 dias. Investigar 100% dos óbitos	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE Relatório da	2 1 0 3	6	
	Proporção de óbitos maternos Densidade de investigados. incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI óbitos fetais adulto analisados.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Adulto.	Pontuação: $\leq 4,7$ 4. Investigar me Pontuação: $\leq 12,6$ mat ² . nos $\leq 14,7$ e Analisar 100% dos óbitos fetais Pontuação: $\leq 12,6$ venos que 0,0%	Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	2 0 2 4		
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à grau de satisfação cateter vesical de dos usuários e demora na UTI acompanhantes pediátrica. atendidos.	Pontuação: $\leq 2,7$ 4. Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0% Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0% Aferir satisfação Pontuação: $\geq 5,1$ superior a 70,0% e	transmissão do SIMAS SIMAS SIMAS ou outra Relatório enviado à deSES, anexo à transmissão do SIMAS	0 3 2 4		
	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	Monitorar a frequência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI adulto.	Pontuação: menor que 7,1 Aferir satisfação do usuário $\leq 7,1$ sfação do u ₄ lário menor que 70% Pontuação: 7,1 > e $\leq 12,3$ 2. Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido Pontuação: $> 12,3$ Atingir o grau desejado	transmissão do SIMAS SIMAS ou outra solução determinada pela Relatório enviado à SES/PE SES, anexo à transmissão do SIMAS	1 0 3 4		
	Atenção ao Usuário	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada,	Avaliar a frequência de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao uso de cateter venoso	(100%) de queixas pub $\leq 10,0$ das inform ⁴ -ções $> 10,0$ e $\leq 17,2$ 17,2	Pontuação: 4. Pontuação: 2.	4	

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	METAS	FONTES DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Transparência	Qualidade da publicação das informações de transparência.	Aferição mensal de informações de transparência em consonância com normativas vigentes.	(75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência. Atingir o grau intermediário 50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência. Atingir o grau insuficiente	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE	2	4
Educação Permanente	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.	(25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência. Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	1 0 3	4
	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de Taxa de execução demora em UTI do Plano de adulto - Educação	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de Avaliar a execução demora na UTI do plano de adulto. educação	Pontuação: 90,0% a 100% das ações ≤ 4,7 4. Pontuação: programadas para o período. >4,7 e ≤ 12,6 2.	Relatório da Comissão de Relatório enviado à Educação SES, anexo à Permanente, transmissão do SIMAS enviado à SES,	4	
	Permanente. Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI pediátrica.	Monitorar a frequência de infecções adquiridas pelos pacientes relacionados trato urinário associada à cateter vesical de	80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. Pontuação: > 12,6 0. 70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período. Pontuação: ≤ 2,7 4. programadas para o período. Pontuação: > 2,7 e ≤ 5,1 2. educação na saúde programadas para o período. Pontuação: ≤ 0,0 4.	anexo à transmissão do SIMAS Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	1 0 4	
	TOTAL					100
Vale ressaltar que, no caso dos indicadores cuja fonte de verificação seja o SIMAS, deve-se considerar a viabilidade de mensuração por meio deste sistema. Caso a mensuração não seja possível através dele, a Secretaria Estadual de Saúde poderá indicar uma alternativa para a apuração do resultado.						
3. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES						
As fichas técnicas a seguir têm como finalidade detalhar os principais indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da qualidade dos serviços ofertados pela CONTRATADA. Cada ficha apresenta a conceituação do indicador, sua relevância, a fórmula de cálculo (quando aplicável), definições e observações pertinentes que auxiliarão no correto envio das informações à Secretaria Estadual de Saúde (SES). Esses indicadores orientam a gestão por metas, promovem a transparência dos processos e contribuem para a melhoria contínua da assistência prestada, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).						
A seguir, são disponibilizadas as fichas técnicas:						
INDICADORES RELACIONADOS A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE						
3.1 PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES HOSPITALARES RELACIONADAS AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, OCORRIDAS EM ATÉ 30 DIAS APÓS A ALTA						
	confirmada,	de cateter venoso				

Nome	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta
Conceituação	Percentual de pacientes que foram reinternados no hospital em até 30 dias após a alta hospitalar decorrente de procedimento cirúrgico, por motivo clinicamente relacionado à cirurgia realizada.
Importância	Indicador essencial para monitorar a eficácia dos protocolos de controle de infecção, garantindo que as cirurgias, especialmente as limpas, sejam realizadas de maneira segura e eficaz. A redução dessa taxa resulta em melhores resultados para os pacientes, menores custos hospitalares e maior qualidade no cuidado prestado.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de reinternações que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas cirúrgicas que constam no denominador (saídas no mês anterior ao mês de competência). Critérios de inclusão: ● Motivo do internamento compatível com complicações pós-operatórias (ex: infecção de sítio cirúrgico, deiscência, hemorragia, tromboembolismo, etc.); ● Internamento hospitalar (não inclui atendimentos ambulatoriais ou em pronto atendimento sem internação). ● Reinternações hospitalares ocorridas no mesmo estabelecimento, dentro de 30 dias corridos, com diagnóstico relacionado ao procedimento cirúrgico inicial, conforme CID Critérios de Exclusão: ● Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos; ● Reinternações eletivas programadas ou previamente agendadas no momento da alta; ● Reinternações em até 30 dias por trauma ou outra condição aguda não relacionada à cirurgia inicial. b) Denominador: Total de saídas cirúrgicas no mês anterior ao mês de competência. Critérios de inclusão: ● Pacientes submetidos a procedimento cirúrgico hospitalar (eletivo ou de urgência/emergência); ● Alta hospitalar ocorrida no período de análise (ex: mês, trimestre, ano); ● Alta com condição de alta definitiva (exclui transferências); ● Procedimentos realizados em centro cirúrgico (cirurgias propriamente ditas, não procedimentos ambulatoriais ou de diagnóstico). Critérios de Exclusão: ● Não se aplica Observação 01: ● Para a estratificação das reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída do seu primeiro internamento. Observação 02: ● Fonte de dados: As informações para cálculo deste indicador deverão ser extraídas, preferencialmente, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), com base nos registros de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), e complementadas por dados do prontuário eletrônico e dos sistemas de gestão da unidade, quando necessário. ● A contagem do prazo de 30 dias tem início no dia seguinte à data da alta hospitalar do paciente. A unidade de análise será a coorte mensal de altas hospitalares decorrentes de procedimento cirúrgico. A reinternação deve ocorrer na mesma unidade hospitalar e ser registrada no mesmo sistema de informação hospitalar (ex: SIH-SUS), com codificação compatível com complicações cirúrgicas.

Nome	Proporção de reinternações hospitalares relacionadas ao procedimento cirúrgico, ocorridas em até 30 dias após a alta Assistenciais (SIMAS) ou outra solução tecnológica definida pela Secretaria
Conceituação	Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), respeitando os prazos e formatos Percentual de pacientes que foram reinternados no hospital em até 30 dias após a alta hospitalar estabelecidos pela contratante, decorrente de procedimento cirúrgico, por motivo clinicamente relacionado à cirurgia realizada.
Importância	Referência para monitorar a eficácia dos protocolos de controle de infecção, garantindo a qualidade do cuidado prestado. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANSS) na forma de uma eficácia operacional de reinternação hospitalar pós-cirurgia em até 30 dias. Ouais (SAS), maio 2010. Os hospitais e maior qualidade no cuidado prestado.
Método de Cálculo	Referências: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sítio cirúrgico: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde; a) Numerador: Número de reinternações que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Brasília: Anvisa, cirúrgicas que constam no denominador (saídas no mês anterior ao mês de competência). 2009. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2017. ● Motivo do internamento compatível com complicações pós-operatórias (ex: infecção de sítio cirúrgico, deiscência, hemorragia, tromboembolismo, etc.); ● Internamento hospitalar (não inclui atendimentos ambulatoriais ou em pronto atendimento sem internação). ● Reinternações hospitalares ocorridas no mesmo estabelecimento, dentro de 30 dias corridos, com diagnóstico relacionado ao procedimento cirúrgico inicial, conforme CID Critérios de Exclusão:
Nome	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Adulto / Pediátrico ● Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos; ● Reinternações eletivas programadas ou previamente agendadas no momento da alta;
Conceituação	Avaliação da incidência de infecção do trato urinário em UTIs, considerando a quep vão se aplicar a (CVD) no período inicial que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
Importância	b) Denominador: Total de saídas cirúrgicas no mês anterior ao mês de competência. O acompanhamento da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora (UTI-CVD) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui um componente essencial da vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico hospitalar (eletivo ou de urgência/emergência), bem como do monitoramento da qualidade e da segurança do cuidado prestado em ambientes críticos. ● Alta hospitalar ocorrida no período de análise (ex.: mês, trimestre, ano); ● Forte relação com a adoção de uma unidade de cateterização adequada, à adoção de técnicas assépticas inadequadas durante a inserção e a manutenção, bem como a falhas na aplicação de protocolos procedimentos ambulatoriais ou de diagnóstico).
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1.000 Critérios de Exclusão: ● Não se aplica
Definição	Fórmula do cálculo: (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000 Estratificar os dados da fórmula em: Observação 01: ● Unidade de terapia intensiva (UTI) adulto / pediátrico. ● Para a estratificação das Reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída do seu primeiro internamento. a) Numerador: Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse Observação 02: ● Fonte de dados: As informações para cálculo deste indicador deverão ser extraídas, preferencialmente, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), com base nos registros de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), e complementadas por dados do prontuário eletrônico e dos sistemas de gestão da unidade, quando necessário. ● O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; ● A contagem do prazo de 30 dias tem início no dia seguinte à data da alta hospitalar do paciente. A unidade de análise será a coorte mensal de altas hospitalares decorrentes de procedimento cirúrgico. A reinternação deve ocorrer na mesma unidade hospitalar e ser registrada no mesmo sistema de informação hospitalar (ex: SIH-SUS), com codificação compatível com complicações cirúrgicas. ● Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de trato urinário). ● A contagem deverá consolidar e enviar os dados por meio do Sistema de Monitoramento

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

Definições Nome	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em b) Denominador: Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de UTI Adulto / Pediátrico
Conceituação	interesse 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. ● Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de demora.
Importância	O acompanhamento da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora (ITU-CVD) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui um componente essencial da vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Críticos de Exclusão: ● Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de 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. unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI).
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1.000 Observação 01:
Definições	Fórmula do cálculo: $\frac{\text{Número de infecções do trato urinário (ITU) associadas ao uso de cateter vesical de demora (CVD) no período de 1.000 Estadios (CVD) da demora}}{1.000}$ Estados da demora em UTI. • Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto / Pediátrico. descrito no Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), nº 01 / 2024 . a) Numerador: Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse. ● 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. Críticos de inclusão: ● Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior. Observação 02: A coleta de dados para o denominador deve ser realizada diariamente, em horário determinado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recorrendo aos prontuários dos pacientes internados, 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 considerado para o cálculo. ● Pacientes que utilizam cateter duplo J; ● Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de cálculo a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro sítio cirúrgico). cateter e a data de retirada do último cateter, no caso de pacientes em uso de mais de um dispositivo. b) Denominador: Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse. Definições: ● Cateter Vesical de Demora (CVD): considera-se aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente. Críticos de inclusão: ● Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário ● Infecção do trato urinário em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior. Críticos de Exclusão: ● Pacientes com uso de outros dispositivos urinários que não caracterizem cateter vesical de demora, como cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente; Observação 03: O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de trato urinário associada à cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD. Quanto menor a taxa de infecção de trato urinário associada a CVD, melhor. Observação 04: Para a definição das metas, foi calculada a média dos dados dos hospitais de Pernambuco referentes aos anos de 2021, 2022 e 2023, conforme informações da ANVISA. Observação 01: 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. ● 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) a partir de 2023, conforme bases do Manual de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), nº 01 / 2024 . Referências: ● Os casos deverão ser validados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Nome	ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Observatório ANAHP 2019: Avaliação da incidência de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI Adulto / Pediátrico
Conceituação	ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Observatório ANAHP 2019: Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora publicação anual. 11. ed. São Paulo: ANAHP, 2019. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa n.º 4, de 24 de cateter.
Importância	fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010. O acompanhamento da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à cateter BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores nacionais de infecções vesical de demora (ITU-CVD) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui um componente relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, set. 2010. essencial da vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade bem como do monitoramento da qualidade e da segurança do cuidado prestado em ambientes assistencial em serviços de saúde: indicador nacional das infecções relacionadas à assistência à críticos. A infecção urinária associada a CVD é uma das IRAS mais prevalentes em UTIs, estando saúde. Boletim Informativo, v. 1, n. 3, Brasília, 2011. fortemente relacionada ao uso prolongado e/ou inadequado do dispositivo, à adoção de técnicas BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Requisitos mínimos para funcionamento assépticas inadequadas durante a inserção e a manutenção, bem como a falhas na aplicação de de Unidades de Terapia Intensiva. Nota Técnica GVIMS/GGTES n.º 03/2019. Brasília: Anvisa, 2019. protocolos. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde. Resolução n.º 07, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010.
Método de Cálculo	Fórmula do cálculo: (total de ITUs em pacientes com CVD) / (total de pacientes com CVD-dia) x 1.000 Estratificar os dados da fórmula em: • Unidade de terapia intensiva (UTI) adulto / Pediátrico.
	a) Numerador: Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse.

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

Nome	Densidade de Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea, laboratorialmente confirmada, Critérios de inclusão: Cateter Venoso Central em UTI Adulto / UTI Pediátrico.
Conceituação	● Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário; ● O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; ● Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas. A taxa de densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central (CVC), em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é expressa por 1.000 cateteres-dia. A utilização de "cateter-dia" como denominador permite o ajuste do tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a ocorrência dessa infecção. Critérios de Exclusão: ● Este indicador é aplicável às Unidades de Terapia Intensiva obstétrica, pediátrica e neonatal, ● Pacientes que utilizam cateter duplo J; ● Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico).
Definições Importância	a) Denominador: Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de 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. Critérios de inclusão:
Método de Cálculo	● Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário Numerador / denominador x 1000
	Critérios de Exclusão: a) Numerador: Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês de demora, como cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente. Critérios de inclusão : ● Pacientes admitidos na UTI de cateter venoso central de demora instalado em outra unidade assistencial por instituição de saúde dos três estabelecimentos (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. Observação 01: ● 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. b) Denominador: Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês. ● Os casos deverão ser validados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

[illegible]

Nome	Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central em UTI Adulto / UTI Pediátrico.
Conceituação	cateter temporário para hemodiálise. A taxa de densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central (CVC), em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é expressa por 1.000 cateteres-dia. A utilização de "cateter-dia" como denominador permite o ajuste do tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a ocorrência dessa infecção. Este indicador é aplicável às Unidades de Terapia Intensiva obstétrica, pediátrica e neonatal. Referência da meta: Média dos últimos três anos das taxas de IRAS associadas a dispositivos
Importância	Indicador essencial para o controle de infecções hospitalares. Ele reflete diretamente as práticas de cuidados intensivos e contribui para a melhoria da qualidade assistencial nas UTIs. Monitorar e reduzir essa taxa é fundamental para a segurança do paciente e para garantir um atendimento eficaz e com menor risco de complicações associadas a infecções graves.
Método de Cálculo	nas UTIs em 2023, conforme dados da ANVISA. Numerador / denominador x 1000 Referências:
	BRASIL. Ministério da Saúde. Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC). Agência Nacional de Saúde Suplementar. (S.I.). 1 nov. 2012. p. 1-4.

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

	● 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.
Nome	Densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em UTI Adulto / UTI Pediátrico
Conceituação	Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000. Critérios de Exclusão: ● Infecções secundárias (com foco em outro sítio: pulmonar, abdominal, etc.).
Importância	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 de saúde sejam mais eficazes e seguros.
Método de Definição Cálculo	● Pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Numerador / denominador x 1000 Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. Critérios de Exclusão: ● Dispositivos que não se enquadram como CVC para fins de vigilância (midline, ECMO, VAD, etc.). ● Pacientes admitidos na UTI já com cateter venoso central instalado em outra unidade assistencial ou instituição de saúde (ou seja, uso prévio ao ingresso na UTI). Observações: ● Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior. ● A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo, sendo para isso fundamental obter a data de

Nome	a) Numerador: 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. b) Denominador: Número de dias de VM (VM/dia)
Conceituação	internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000. Crítérios de inclusão: ● Pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou esta havia sido removida no dia anterior.
Importância	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. Crítérios de Exclusão: ● 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).
Método de Cálculo	$\frac{\text{Número de episódios de pneumonia}}{\text{Número de dias de VM (VM/dia)}} \times 1000$

b) Denominador: Número de dias de VM (VM/dia)

Crítérios de inclusão:

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

Crítérios de Exclusão:

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

Definição

Observações:

- Ventilador mecânico: dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal.
- Em caso de reintubação, considerar novo episódio de ventilação mecânica se o intervalo entre a extubação e nova intubação for superior a 48 horas. Nesse caso, reinicia-se a contagem de D1.

	a) Numerador: 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. b) Denominador: Número de dias de VM (VM/dia) Crítérios de inclusão: ● Pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou esta havia sido removida no dia anterior. Crítérios de Exclusão: ● 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). Referências: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Nota técnica GVIMS/GGTES/DIRES/ANVISA nº 01/2024: orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde. [S. l.]: Anvisa, 3 jan. 2024. p. 1-55. Crítérios de inclusão: ● Total de dias em que todos os pacientes da UTI estiveram em ventilação mecânica invasiva, durante o período avaliado, em um mês. Crítérios de Exclusão: ● Dias em que o paciente não esteve em ventilação mecânica invasiva ● Pacientes em outras unidades que não a UTI.
Nome	Taxa de Infecções de Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea
Definição	

3.5. TAXA DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-CESÁREA

Nome	Taxa de Infecções de Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea
Conceituação	circúrgica 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.
Conceituação	A Taxa de ISC pós-cesárea mede a frequência com que ocorrem infecções no local da incisão cirúrgica após a realização de cesariana. Ela permite identificar falhas nos processos de prevenção O monitoramento contínuo das taxas de infecção em unidades assistenciais, especialmente aquelas de infecções, como assepsia, técnica cirúrgica, cuidados pós-operatórios e uso racional de 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 voltadas ao cuidado de puérperas, 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 internações evitáveis, promovendo maior custo-efetividade. Assim, a vigilância e o acompanhamento desses indicadores refletem o compromisso institucional com a assistência segura, qualificada e centrada na paciente.
Importância	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 voltadas ao cuidado de puérperas, 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 internações evitáveis, promovendo maior custo-efetividade. Assim, a vigilância e o acompanhamento desses indicadores refletem o compromisso institucional com a assistência segura, qualificada e centrada na paciente.
Importância	O monitoramento contínuo das taxas de infecção em unidades assistenciais, especialmente aquelas de infecções, como assepsia, técnica cirúrgica, cuidados pós-operatórios e uso racional de 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 voltadas ao cuidado de puérperas, 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 internações evitáveis, promovendo maior custo-efetividade. Assim, a vigilância e o acompanhamento desses indicadores refletem o compromisso institucional com a assistência segura, qualificada e centrada na paciente.
Método de Cálculo	Taxa (%) = (Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea / Total de cesarianas realizadas) x 100
Método de Cálculo	Taxa (%) = (Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea / Total de cesarianas realizadas) x 100
Definição	1. Numerador: Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea no período. Crerterios de inclusão: a) Numerador: Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea no período. ● Diagnóstico confirmado de ISC (superficial, profunda ou de órgão/espaco), de acordo com critérios clínicos e laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC, como: ● Pacientes submetidas a cesariana na instituição. ● Diagnóstico confirmado de ISC (superficial, profunda ou de órgão/espaco), de acordo com critérios clínicos e laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC, como: ● Dor, edema, calor, vermelhidão com abertura espontânea da incisão. ● Secreção purulenta no local da incisão. ● Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado. ● Cultura positiva do sítio cirúrgico. ● ISC diagnosticada durante o internamento ou após a alta hospitalar, dentro de 30 dias da cesárea. ● Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado. Crerterios de Exclusão: ● ISC diagnosticada durante o internamento ou após a alta hospitalar, dentro de 30 dias da cesárea. ● Infecções em pacientes que não passaram por cesariana. ● Casos com suspeita, mas sem confirmação clínica ou laboratorial de ISC. Crerterios de Exclusão: ● Diagnóstico de ISC feito após 30 dias da cirurgia. ● Casos de infecção ocorridos por outro motivo cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea. b) Denominador: Total de cesarianas realizadas. ● Casos de infecção ocorridos por outro motivo cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea Crerterios de inclusão: b) Denominador: Total de cesarianas realizadas. ● Ocorrem no período avaliado (ex: mês, trimestre, ano). Crerterios de inclusão: ● Foram feitas em pacientes internadas para parto, mesmo em casos de cesárea de urgência ou emergência. ● Foram realizadas na própria instituição, independentemente do risco ou indicação clínica. ● Ocorrem no período avaliado (ex: mês, trimestre, ano). ● Incluem cesáreas feitas em gestantes com ou sem comorbidades. ● Foram feitas em pacientes internadas para parto, mesmo em casos de cesárea de urgência ou emergência. ● Incluem cesáreas com qualquer tipo de anestesia (raqui, peridural, geral). Crerterios de Exclusão: ● Pacientes que foram operadas e tiveram alta ou permaneceram internadas. ● Cesarianas realizadas em outras instituições, mesmo que a paciente tenha sido transferida para a instituição avaliada.
Definição	1. Numerador: Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea no período. Crerterios de inclusão: a) Numerador: Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea no período. ● Diagnóstico confirmado de ISC (superficial, profunda ou de órgão/espaco), de acordo com critérios clínicos e laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC, como: ● Pacientes submetidas a cesariana na instituição. ● Diagnóstico confirmado de ISC (superficial, profunda ou de órgão/espaco), de acordo com critérios clínicos e laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC, como: ● Dor, edema, calor, vermelhidão com abertura espontânea da incisão. ● Secreção purulenta no local da incisão. ● Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado. ● Cultura positiva do sítio cirúrgico. ● ISC diagnosticada durante o internamento ou após a alta hospitalar, dentro de 30 dias da cesárea. ● Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado. Crerterios de Exclusão: ● ISC diagnosticada durante o internamento ou após a alta hospitalar, dentro de 30 dias da cesárea. ● Infecções em pacientes que não passaram por cesariana. ● Casos com suspeita, mas sem confirmação clínica ou laboratorial de ISC. Crerterios de Exclusão: ● Diagnóstico de ISC feito após 30 dias da cirurgia. ● Casos de infecção ocorridos por outro motivo cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea. b) Denominador: Total de cesarianas realizadas. ● Casos de infecção ocorridos por outro motivo cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea Crerterios de inclusão: b) Denominador: Total de cesarianas realizadas. ● Ocorrem no período avaliado (ex: mês, trimestre, ano). Crerterios de inclusão: ● Foram feitas em pacientes internadas para parto, mesmo em casos de cesárea de urgência ou emergência. ● Foram realizadas na própria instituição, independentemente do risco ou indicação clínica. ● Ocorrem no período avaliado (ex: mês, trimestre, ano). ● Incluem cesáreas feitas em gestantes com ou sem comorbidades. ● Foram feitas em pacientes internadas para parto, mesmo em casos de cesárea de urgência ou emergência. ● Incluem cesáreas com qualquer tipo de anestesia (raqui, peridural, geral). Crerterios de Exclusão: ● Pacientes que foram operadas e tiveram alta ou permaneceram internadas. ● Cesarianas realizadas em outras instituições, mesmo que a paciente tenha sido transferida para a instituição avaliada.
Definição	1. Numerador: Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea no período. Crerterios de inclusão: a) Numerador: Número de casos confirmados de ISC pós-cesárea no período. ● Diagnóstico confirmado de ISC (superficial, profunda ou de órgão/espaco), de acordo com critérios clínicos e laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC, como: ● Pacientes submetidas a cesariana na instituição. ● Diagnóstico confirmado de ISC (superficial, profunda ou de órgão/espaco), de acordo com critérios clínicos e laboratoriais definidos pela ANVISA ou CDC, como: ● Dor, edema, calor, vermelhidão com abertura espontânea da incisão. ● Secreção purulenta no local da incisão. ● Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado. ● Cultura positiva do sítio cirúrgico. ● ISC diagnosticada durante o internamento ou após a alta hospitalar, dentro de 30 dias da cesárea. ● Diagnóstico feito por profissional de saúde habilitado. Crerterios de Exclusão: ● ISC diagnosticada durante o internamento ou após a alta hospitalar, dentro de 30 dias da cesárea. ● Infecções em pacientes que não passaram por cesariana. ● Casos com suspeita, mas sem confirmação clínica ou laboratorial de ISC. Crerterios de Exclusão: ● Diagnóstico de ISC feito após 30 dias da cirurgia. ● Casos de infecção ocorridos por outro motivo cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea. b) Denominador: Total de cesarianas realizadas. ● Casos de infecção ocorridos por outro motivo cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea Crerterios de inclusão: b) Denominador: Total de cesarianas realizadas. ● Ocorrem no período avaliado (ex: mês, trimestre, ano). Crerterios de inclusão: ● Foram feitas em pacientes internadas para parto, mesmo em casos de cesárea de urgência ou emergência. ● Foram realizadas na própria instituição, independentemente do risco ou indicação clínica. ● Ocorrem no período avaliado (ex: mês, trimestre, ano). ● Incluem cesáreas feitas em gestantes com ou sem comorbidades. ● Foram feitas em pacientes internadas para parto, mesmo em casos de cesárea de urgência ou emergência. ● Incluem cesáreas com qualquer tipo de anestesia (raqui, peridural, geral). Crerterios de Exclusão: ● Pacientes que foram operadas e tiveram alta ou permaneceram internadas. ● Cesarianas realizadas em outras instituições, mesmo que a paciente tenha sido transferida para a instituição avaliada.

Nome	para cuidados posteriores Taxa de Infecções de Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea ● Curetagens, abortamentos ou outros procedimentos obstétricos que não resultam em parto cesariano.
Conceituação	A Taxa de ISC pós-cesárea mede a frequência com que ocorrem infecções no local da incisão cirúrgica após a realização de cesariana. Ela permite identificar falhas nos processos de prevenção de infecções, como assepsia, técnica cirúrgica, cuidados pós-operatórios e uso racional de antimicrobianos. ● O período de análise será mensal; ● A validação dos casos deve ser realizada pela CCIH ou por profissional capacitado, conforme protocolo institucional;
Importância	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 ASSOCIATED MODULE: Surgical Site Infection Event (SSI). National Healthcare Safety Network análise sistemática desses dados subsidia a gestão hospitalar na tomada de decisões baseadas em evidência, 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. Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, [S. l.], p. 1-61, 5 mar. 2021. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2024: orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde. [S. l.]: Anvisa, 3
Método de Cálculo	jan. 2024. p. 1-55. Numerador / Denominador x100

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

Nome	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico Critérios de inclusão: (Escala de Braden). ● Pacientes submetidas a cesariana na instituição.
Conceituação	Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante o internamento hospitalar, ajustando a incidência de acordo com a classificação de risco clínico de pacientes (Escala de Braden) e considerando o período de observação (RBRACIRAS).
Importância	A incidência de LPP adquirida pelo risco clínico, por meio da Escala de Braden, é fundamental para avaliar a qualidade da assistência prestada aos pacientes internados. Este indicador permite identificar eventuais falhas nos processos de cuidado, especialmente a identificação de LPP durante o internamento ou após a alta hospitalar, dentro do desenvolvimento de 30 dias da cesárea. 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. ● Casos de infecção ocorridos por outro motivo cirúrgico ou traumático, sem vínculo com a cesárea 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 assistência e a liberação da parte variável de recursos vinculados à qualidade da assistência.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100 Critérios de inclusão: ● Foram realizadas na própria instituição, independentemente do risco ou indicação clínica. a) Numerador: Número de pacientes do Grupo A ou B que desenvolveram LPP ● Ocorrem no período avaliado (ex: mês, trimestre, ano). b) Denominador: Número total de pacientes do Grupo A ou B sem LPP na admissão ou emergência. Observação: Cesáreas feitas em gestantes com ou sem comorbidades. ● Grupo A: Pacientes com qualquer tipo de lesão (superficial, profunda ou de órgãos e/ou espaço). ● Grupo B: Pacientes com lesão de 12 (doze) pontos ou mais. Critérios de Exclusão: (para numerador e denominador):

Nome	● Pacientes adultos (≥ 18 anos) internados (LPP adquirida durante a internação, lista cirúrgica ou UTI). ● Que não apresentavam LPP na admissão hospitalar;
Conceituação	● Com registro da Escala de Braden na admissão; Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante o internamento hospitalar. ● Com permanência mínima de 48 horas no hospital (internações muito breves podem não ajustando os dados de acordo com a classificação de risco clínico dos pacientes (Escala de Braden) permitir avaliação real de risco ou surgimento da lesão). e considerando o tempo de exposição (em pacientes-dia).
Importância	A incidência de lesão por pressão (LPP) ajustada pelo risco clínico, por meio da Escala de Braden, é fundamental para avaliar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes internados. Este indicador permite identificar eventuais falhas nos processos de cuidado, especialmente relacionados à prevenção, monitoramento e manejo das condições que levam ao desenvolvimento de LPP. ● Pacientes com LPP pré-existente no momento da admissão; ● Pacientes com internamento inferior a 48 horas; ● Pacientes sem avaliação pela Escala de Braden devidamente registrada; ● Pacientes em cuidados paliativos exclusivos, com registro de plano de conforto; 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. Avaliação de Risco Pela Escala de Braden: ● A Escala de Braden é a mais utilizada no Brasil para medir o risco que o usuário dos serviços de saúde tem de apresentar uma LPP. É constituída de seis variáveis para avaliação em seis subescalas: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Força de Cisalhamento.
Método de Cálculo	seis subescalas: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Força de Cisalhamento. Numerador / denominador x 100
Definição	● Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3. 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 risco); ● Grupo B : Pacientes com Braden ≤ 12 (alto risco) Observação 02 Crerios de inclusão (para numerador e denominador) Ser realizada o mais precocemente (recorrendo aos prontuários) e antes dos procedimentos de internação na Unidade; ● Que não apresentavam LPP na admissão hospitalar; Segue a Escala de Braden em formato resumido; ● Com registro da Escala de Braden na admissão; ● Com permanência mínima de 48 horas no hospital (internações muito breves podem não Figura 1: Escala de Braden (Fatores de risco para Lesão por Pressão) Versão resumida. permitir avaliação real de risco ou surgimento da lesão). Crerios de Exclusão: ● Pacientes com LPP pré-existente no momento da admissão; ● Pacientes com internamento inferior a 48 horas; ● Pacientes sem avaliação pela Escala de Braden devidamente registrada; ● Pacientes em cuidados paliativos exclusivos, com registro de plano de conforto; ● Casos em que houve recusa documentada de familiares quanto à adoção de medidas preventivas essenciais. ● Pacientes em cuidados paliativos avançados, nos quais a prevenção ou tratamento da lesão por pressão não constitui mais objetivo terapêutico, conforme registrado em prontuário; Avaliação de Risco Pela Escala de Braden: ● A Escala de Braden é a mais utilizada no Brasil para medir o risco que o usuário dos serviços de saúde tem de apresentar uma LPP. É constituída de seis variáveis para avaliação em seis subescalas: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Força de Cisalhamento. ● Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3. ● O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os usuários classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9 pontos), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18

Nome	Incidência de lesões por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).				
Conceituação	Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Leve Limitado	Nenhuma limitação
	Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante o internamento hospitalar, ajustando os dados de acordo com a classificação de risco clínico dos pacientes (Escala de Braden) e considerando o tempo de exposição (em pacientes-dia).				
Importância	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	A incidência de lesão por pressão (LPP) ajustada pelo risco clínico, por meio da Escala de Braden, é fundamental para avaliar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes.				
	Atividade	Completamente imóvel	Limitado	Anda com auxílio	Anda sozinho
	Este indicador mede a capacidade do paciente de se movimentar, especialmente relacionados à prevenção, monitoramento e manejo de lesões por pressão.				
	Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	levemente limitado	Não apresenta limitações
	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 realista do desenvolvimento institucional e da redução da incidência de LPP.				
Método de Cálculo	Nutrição	Muito abaixo	Insuficiente	Adequada	Excepcional
	Este indicador mede a adequação da alimentação para a diminuição do tempo de internação, a prevenção de complicações secundárias e a otimização dos recursos hospitalares.				
	Fricção e cisalhamento	Problema	Problema em potencial	nenhum problema	-
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 dos recursos vinculados à qualidade da assistência.					
Método de Cálculo	Risco Alto			10 a 12 pontos	
	Risco Moderado			13 a 14 pontos	
Método de Cálculo	Risco Leve			15 a 18 pontos	
	Risco Muito Alto			9 pontos	
Observação 01: Interpretações:	Grupo A: Pacientes com Braden ≥ 13 (baixo/médio risco);				
	Classificação das Lesões por Pressão (conforme NPUAP/EPUAP/PPPIA): As lesões por pressão devem ser classificadas de acordo com os seguintes estágios:				
	Estágio 1 - Lesão por Pressão não classificável: Perda coberta por tecido desvitalizado (escaras ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação.				
	Estágio 2 - Lesão por Pressão Não Classificável: Perda coberta por tecido desvitalizado (escaras ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação.				
	Estágio 3 - Lesão por Pressão Não Classificável: Perda coberta por tecido desvitalizado (escaras ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação.				
	Estágio 4 - Lesão por Pressão Não Classificável: Perda coberta por tecido desvitalizado (escaras ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação.				
	Estágio 5 - Lesão por Pressão Não Classificável: Perda coberta por tecido desvitalizado (escaras ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação.				
	Estágio 6 - Lesão por Pressão Não Classificável: Perda coberta por tecido desvitalizado (escaras ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação.				
	Estágio 7 - Lesão por Pressão Não Classificável: Perda coberta por tecido desvitalizado (escaras ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação.				
	Estágio 8 - Lesão por Pressão Não Classificável: Perda coberta por tecido desvitalizado (escaras ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação.				

Nome	Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele. Densidade de Incidência de Quedas (com ou sem lesão) de Pacientes Internados (por mil), oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico. Níveis de lesão: Nível I (nenhum): paciente não sofreu lesões.
Conceituação	Nível II (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro afetado.
Importância	para 100 pacientes totais, o tipo de hematomas ou esfoladura. Nível III (moderado): resultou em sutura, aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. Nível IV (maior): resultou em cirurgia, engegamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1.000
Definição	interna. Nível V (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda.

Densidade de Incidência de Quedas = (Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse / Total de pacientes-dia) × 1.000

- A notificação da queda é de **responsabilidade da equipe de enfermagem** da unidade onde ocorreu o evento.

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

- O profissional que presenciar ou tomar conhecimento da queda deverá **registrar imediatamente:**

Critérios de inclusão:

- Quedas de pacientes internados em unidades de observação, enfermagem, internamento, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas. Quedas assistidas. Quedas repetidas. Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda);

Validação e Acompanhamento:

- O evento deverá ser **validado e analisado** pelo **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)**
- Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V);
- A depender da gravidade ou recorrência, o evento também será encaminhado à **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** para avaliação conjunta, quando implicar em classificação ampliado.

Critérios de exclusão:

- Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe.

Documentação obrigatória:

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

Critérios de inclusão:

- Pacientes internados em unidades de observação, enfermagem, internamento, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas. Quedas assistidas. Quedas repetidas. Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda);

Validação e Acompanhamento:

- O evento deverá ser **validado e analisado** pelo **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)**
- Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V);
- A depender da gravidade ou recorrência, o evento também será encaminhado à **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** para avaliação conjunta, quando implicar em classificação ampliado.

Critérios de exclusão:

- Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe.

Documentação obrigatória:

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

Critérios de inclusão:

- Pacientes internados em unidades de observação, enfermagem, internamento, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas. Quedas assistidas. Quedas repetidas. Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda);

Validação e Acompanhamento:

- O evento deverá ser **validado e analisado** pelo **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)**
- Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V);
- A depender da gravidade ou recorrência, o evento também será encaminhado à **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** para avaliação conjunta, quando implicar em classificação ampliado.

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

Critérios de exclusão:

- Não é aplicável.

Referência da meta:

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

Referências:

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

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

Referências:

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

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

Definição	Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada por ASA.
Conceituação	Classe II: Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica controlada, idade >70 anos, obesidade); Relação percentual entre o número de óbitos intra hospitalares que ocorreram até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período.
Importância	Classe IV: Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex, A probabilidade de ocorrência de óbito e complicações em pacientes cirúrgicos é dependente de insuficiência cardíaca congestiva descompensada, falência hepatorenal); diversos fatores, entre os quais se destacam, as condições fisiológicas do doente no pré-operatório Classe V: Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver sem a operação; (idade , sexo, presença de comorbidades, entre outros), o tipo de procedimento e o caráter da Classe VI: Paciente com morte cerebral declarada do qual órgãos serão removidos para admissão (cirurgia de emergência, urgência, agendada ou eletiva), e o desempenho do hospital – doação. experiência das equipes cirúrgicas, volume cirúrgico, qualidade das equipes interdisciplinares, *Observações entre parênteses de Silva e Gonçalves (2007) e Vendites, Almada-Filho e Minossi disponibilidade de recursos, etc. (Klück, 2004). (2010).
Método de Cálculo	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), a) Numerador: Número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram até 7 dias após cirurgia que como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de atenda aos critérios de inclusão, no período. b) Denominador: Número de pacientes submetidos a cirurgias, que atendam aos critérios de Referência da Meta: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Taxa de mortalidade cirúrgica por ASA. ANS, [S. l.], p. 1-4, 1 nov. 2012. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-pacientes-em-paciente-internado-em-servico-de-saude-procedimentos-cirurgicos-realizados-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-eft-03.pdf. Acesso em: 23 maio 2025. regime de internação superior a 24 horas (Anvisa, 2009); ● Cirurgia realizada sob anestesia assistida (Klück, 2004). Referências: Observações: ANAHP ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. Observatório ANAHP. 4. ed. São Paulo: ANAHP, 2012. 148 p. ● Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos na mesma data, utilizando-se o mesmo acesso cirúrgico, devem ser computados uma única vez, considerando-se para efeito de ajuste de risco o procedimento de maior complexidade; de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, mar. 2009. p. 1-19. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/criterios_nacionais_tsc.pdf. Acesso em: 12 jul. 2012. vez, atribuindo-se o ajuste de risco ao primeiro procedimento. Critérios de exclusão: CARRARO, M. A.; ZANATTA, G. A.; KLÜCK, M. M. Taxa de mortalidade cirúrgica ajustada pela classificação ASA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. <i>Revista HCPA</i>, v. 31, n. Supl. 1, p. 129, 2011. ● Partos normais ou cesáreos ● Procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009); KLÜCK, M. M. Metodologia para ajuste de indicadores de desfechos hospitalares por risco prévio do paciente. 2004. 128 f. tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Observação 01:
Nome	Acolhimento com Classificação de Risco (American Society of Anesthesiologists), e a mortalidade cirúrgica. Para tornar o indicador
Conceituação	Verificação da evolução do paciente de acordo com a classificação de risco, contribuindo da qualidade da assistência hospitalar em que se encontra, e a mortalidade cirúrgica. envio mensal de dados estatísticos para o sistema de informação em saúde, permitindo a prática à presença de comorbidades, serão realizados ajustes levando em conta as cinco classes
Importância	ASA dos pacientes da classe VI não será utilizada, abaixo especificadas: Permite avaliar a eficácia do processo de triagem, assegurando que os pacientes sejam atendidos de acordo com a gravidade de seu quadro clínico, priorizando aqueles em situação mais crítica.
Método de Cálculo	Classe I: Normal. Paciente saudável (a única patologia relevante do paciente é a que não necessita correção cirúrgica);
Definição	Classe II: Doença sistêmica moderada (ex, diabetes, hipertensão arterial sistêmica controlada, idade >70 anos, obesidade); Classe III: Doença sistêmica grave (ex, obesidade mórbida, doença respiratória sintomática, falência renal, cirrose); Classe IV: Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex,

Nome	Interpretação: Classificação de Risco.
Conceituação	Verificação do cumprimento da rotina de acolhimento com classificação de risco, por meio do envio mensal do Relatório Técnico Institucional que comprova a implementação contínua dessa prática.
Importância	prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade de acordo com a gravidade de seu quadro clínico, priorizando aqueles em situação mais crítica.
Método de Cálculo	da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

● **A Classificação de Risco** é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada. Os objetivos primários são avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade e reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade. Os pacientes deverão ser

Definição	Interpretação: 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. ● O acolhimento é um tempo de espera, processo de atenção e construção da rede de atenção primária e oferecer informações aos familiares. capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica Observação 01: prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for ● O acolhimento e a Classificação de Risco devem ser realizados em todos os atendimentos de urgência e emergência. da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia ● A Classificação de Risco é de responsabilidade exclusiva do profissional enfermeiro, devidamente habilitado e capacitado para esta função, conforme disposto na Resolução ● A Classificação de Risco é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de ● É vedada a realização da classificação de risco por técnicos de enfermagem ou por qualquer outro profissional não autorizado. ordem de chegada. Os objetivos primários são avaliar o paciente logo na sua chegada à ● 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 visto precocemente de acordo com sua gravidade. Os pacientes deverão ser do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo e deverão ser rede de atenção informados sobre o tempo de espera, receber ampla informação sobre o serviço aos ● A avaliação é mensal: envio do relatório institucional, conforme definido nos parâmetros do contrato de gestão e nas diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Portaria nº 2.048/GM/MS de 2002. Observação 01: ● O acolhimento e a Classificação de Risco devem ser realizados em todos os atendimentos de urgência e emergência. Observação 02: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES). ● A Classificação de Risco é de responsabilidade exclusiva do profissional enfermeiro, anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma devidamente habilitado e capacitado para esta função, conforme disposto na Resolução de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da COFEN nº 423/2012. assistência. ● É vedada a realização da classificação de risco por técnicos de enfermagem ou por qualquer outro profissional não autorizado. Referência: ● A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Série B. Textos Básicos de Saúde. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2009. p. 1-60. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 30 maio 2025. ● A avaliação é mensal: envio do relatório institucional, conforme definido nos parâmetros do BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Brasília, DF: Diário Oficial da União, n. 219, Seção 1, p. 32-54, 12 nov. 2002. 2.048/GM/MS de 2002. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, Observação 02: Secretaria de Atenção à Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 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.
3.10. CONFORMIDADE COM O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)	
Referência:	

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

INDICADORES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA PERINATAL HOSPITALAR

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

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

Nome	Teste rápido para sífilis gestacional na maternidade. Esse procedimento permite identificar falhas na
Conceituação	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 da internação para o parto.
Importância	reforça a linha de cuidado materno-infantil, estando alinhada aos princípios da Rede Alyne, ao assegurar um cuidado integral, contínuo e oportuno à mulher e ao recém-nascido. Do ponto de vista da gestão, esse indicador subsidia ações de vigilância epidemiológica e contribui para a qualificação da atenção obstétrica nas maternidades, promovendo melhorias nos processos assistenciais e no
Método de Cálculo	controle de agravos evitáveis. 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 Numerador / Denominador x100 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
Importância	a) Numerador: Número de gestantes testadas com teste rápido na admissão. reforça a linha de cuidado materno-infantil, estando alinhada aos princípios da Rede Alyne, ao assegurar um cuidado integral, contínuo e oportuno à mulher e ao recém-nascido. Do ponto de vista da gestão, esse indicador subsidia ações de vigilância epidemiológica e contribui para a qualificação da atenção obstétrica nas maternidades, promovendo melhorias nos processos assistenciais e no controle de agravos evitáveis.
Método de Cálculo	Críticos de inclusão: ● Gestantes testadas com teste rápido para sífilis no momento da admissão hospitalar para o parto, independentemente do resultado. Críticos de exclusão: ● Não se aplica. Numerador / Denominador x100
Definição	b) Denominador: Número total de partos. Críticos de inclusão: ● Gestantes testadas com teste rápido para sífilis no momento da admissão hospitalar para o parto, independentemente do resultado. Críticos de exclusão: ● Não se aplica. Definição: ● Os testes rápidos (TR) utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP). ● A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria Treponema pallidum (T. pallidum), e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica, com sequelas irreversíveis em longo prazo. ● A sífilis congênita é o resultado da transmissão da espiroqueta de Treponema pallidum da corrente sanguínea da gestante com sífilis para o conceito por via transplacentária ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical); ● Os testes rápidos (TR) utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP®). Deve permitir a leitura em até 30 minutos e ser realizado com sangue total por punção digital ou venosa. Observação 01: ● O teste será feito em todas as admissões (independentemente de testagens anteriores); O Ministério da Saúde recomenda o rastreo 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. 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.
Definição	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),

Nome	como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de taxa de Cobertura da Testagem Rápida para Sifilis (teste rápido) na Admissão de Gestantes na Maternidade.
Conceituação	Mensura a proporção de gestantes submetidas ao teste rápido treponêmico para sífilis no momento da internação para o parto. 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:	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 o diagnóstico da sífilis [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. - intervenção antes do nascimento do bebê. Além disso, a realização da testagem na admissão reforça a linha de cuidado materno-infantil, estando alinhada aos princípios da Rede Alyne, ao assegurar um cuidado integral, contínuo e oportuno à mulher e ao recém-nascido. Do ponto de vista
Importância	da atenção obstétrica nas maternidades, promovendo melhorias nos processos assistenciais e no controle de agravos evitáveis.

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

Nome	Taxa de Cobertura da Testagem Rápida para HIV na Admissão de Gestantes na Maternidade
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100 Percentual de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV no momento da internação.
Conceituação	a) Numerador – Número de gestantes testadas com teste rápido na admissão.
Importância	A realização da testagem rápida para HIV no momento da admissão de gestantes na maternidade é de elevada relevância no escopo da atenção obstétrica. Tal prática visa a prevenção das sífilis congênitas, verticalmente transmitidas, no momento da admissão hospitalar para parto, independentemente do perfil da 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.
Método de Cálculo	Críticos de inclusão: ● Não se aplica. Numerador / Denominador x100 b) Denominador – Número total de partos.
Definição	a) Numerador – Número de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV na maternidade. Críticos de inclusão: ● Todos os partos realizados na unidade hospitalar no período de análise (vaginais ou cesáreos). Crítico de exclusão: ● Tenham realizado teste rápido para HIV durante o processo de admissão hospitalar; Críticos de Exclusão: ● O teste tenha sido realizado na própria unidade hospitalar, antes ou durante o atendimento obstétrico; ● Não se aplica. ● A testagem tenha ocorrido em momento clinicamente oportuno, preferencialmente antes do parto. Definição: ● A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria <i>Treponema pallidum</i> (T. pallidum), e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica, com sequelas irreversíveis em longo prazo; Crítico de exclusão: ● Gestantes que recusaram a testagem rápida (após aconselhamento); ● A sífilis congênita é o resultado da transmissão da espiroqueta de <i>Treponema pallidum</i> da corrente sanguínea da gestante com sífilis para o conceito por via transplacentária ou, Parto que ocorreu sem tempo hábil para a testagem (ex.: nascimento no transporte ou ao ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical); ● Gestantes que realizaram o teste em outra unidade antes da transferência.. ● Os testes rápidos (TR) utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP). b) Denominador – Total de gestantes admitidas para o parto.

Nome	Taxa de Cobertura da Testagem sem tempo ou possibilidade de assistência à mãe;
Conceituação	● Gestantes admitidas exclusivamente para observação ou condutas clínicas sem parto; Percentual de gestantes admitidas para o parto que realizaram testagem rápida para HIV no momento da internação. Observação 01:
Definição	O realzeiro da testagem rápida para HIV no parto HIV e para sífilis em gestantes no momento da internação.
Importância	● A prática estratégica de elevação da importância do teste de detecção de sífilis. Tal prática visa a redução da transmissão vertical do HIV, permitindo o diagnóstico oportuno de sífilis, a implementação de medidas profiláticas como a administração de antirretrovirais, a indicação de cesárea, eletiva em casos específicos e a contraindicação ao aleitamento materno, conforme os protocolos clínicos e diretrizes vigentes do Ministério da Saúde.
Método de Cálculo	Observações 02: Numerador / Denominador x100 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). Critério de exclusão: ● Gestantes que recusaram a testagem rápida (após aconselhamento); ● Gestantes com condições clínicas graves que impediram a coleta; ● Parto que ocorreu sem tempo hábil para a testagem (ex.: nascimento no transporte ou ao chegar); Referências da Meta: ● Gestantes que realizaram o teste em outra unidade antes da transferência.. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE. Nota Técnica nº 6/2024-CGIST/DATHI/SVSA/MS. [S. l.], 18 abr. 2024. Denominador – Total de gestantes admitidas para o parto. Referência: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SCTIE/MS nº 12, de 19 de abril de 2021: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o parto (parto vaginal, à cesárea e cobertura precoce sexualmente transmissíveis (CST)); Hélio Angotti Neto. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. ● 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;
Nome	Observação 01: Percentual de Gestantes com Sífilis Diagnosticada no Parto que Iniciaram Tratamento, Junto com o recém-nascido, durante a Internação Hospitalar
Definição	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento 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 situações de violência sexual, no momento do parto, ou em caso de aborto/natimorto, independentemente de testagens anteriores.
Conceituação	A realização do tratamento da gestante diagnosticada com sífilis no parto, juntamente com o recém-nascido durante a internação hospitalar, reduz o risco de sífilis congênita, com impactos diretos na morbimortalidade neonatal. Esse cuidado oportuno também permite monitorar a qualidade da assistência prestada no parto e no pós-parto imediato, além de garantir o início do cuidado integral conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Ademais, a possibilidade a identificação de falhas assistenciais e de fluxo, especialmente nos casos detectados tardiamente.
Importância	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.

Método de Nome Cálculo	Percentual de Gestantes com Sífilis Diagnosticada no Parto que Iniciaram Tratamento, Junto com o Numerador / Denominador x100 Recém-Nascido, durante a Internação Hospitalar
Conceituação	a) Numerador - Número de gestantes com diagnóstico de sífilis no momento do parto que iniciaram o tratamento na internação hospitalar, ainda durante a internação hospitalar, conforme protocolos assistenciais.
Importância	Crterios de incluso: A realizao do tratamento da gestante diagnosticada com sífilis no parto, juntamente com o - Gestantes diagnosticadas com sífilis no momento do parto, atravs de teste rpido, VDRL recm-nascido durante a internao hospitalar, reduz o risco de sífilis congênita, com impactos ou outro exame sorológico; - Gestantes que iniciaram o tratamento na internao hospitalar, com esquema terapêutico qualidade da assistncia prestada no parto e no ps-parto imediato, alm de garantir o incio do adequado conforme protocolo do Ministrio da Saude; - Recm-nascidos que tambm iniciaram o tratamento durante a internao, conforme o possibilita a identificao de falhas assistenciais e de fluxo, especialmente nos casos detectados protocolo clnico baseado na avaliao neonatal. tardiamente.

Crterios de Excluso:

- Gestantes diagnosticadas no parto que no iniciaram o tratamento na maternidade;

Método de Cálculo	- Casos em que apenas o recém-nascido foi tratado, mas a mãe não recebeu medicao; Numerador / Denominador x100 - Tratamentos iniciados aps a alta hospitalar.
Definiao	a) Numerador - Número de gestantes com diagnóstico de sífilis no momento do parto que Denominador - Número total de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o parto, iniciaram o tratamento na internao hospitalar junto com o RN. independentemente do incio do tratamento. Crterios de incluso: Crterios de incluso: - Gestantes diagnosticadas com sífilis no momento do parto, atravs de teste rpido, VDRL - Todas as gestantes diagnosticadas com sífilis no parto, independentemente do incio ou no ou outro exame sorológico; - Gestantes que iniciaram o tratamento na internao hospitalar, com esquema terapêutico - Diagnóstico realizado durante a admissao ou durante o trabalho de parto (ou seja, sem adequado conforme protocolo do Ministrio da Saude; - diagnóstico prvio registrado no pré-natal); - Recm-nascidos que tambm iniciaram o tratamento durante a internao, conforme o protocolo clnico baseado na avaliao neonatal. Crterios de Excluso: - Gestantes já diagnosticadas e tratadas durante o pré-natal (no se enquadram no Crterios de Excluso: - diagnóstico “no parto”); - Gestantes diagnosticadas no parto que no iniciaram o tratamento na maternidade; - Partos ocorridos fora da unidade hospitalar avaliada (ex: transferências externas ou - Casos em que apenas o recém-nascido foi tratado, mas a mãe não recebeu medicao; - domiclios, se no houver confirmao da testagem e conduta na unidade). - Tratamentos iniciados aps a alta hospitalar. Observaes 01: Denominador - Número total de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o parto, - Devido ao cenrio epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, aps apenas independentemente do incio do tratamento. - um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste no treponêmico), independentemente da presena de sinais e sintomas de sífilis. Crterios de incluso: - Todas as gestantes diagnosticadas com sífilis no parto, independentemente do incio ou no do tratamento; Observao 02: - O registro da administrao da medicao deve ser realizado formalmente no pronturio da - Diagnóstico realizado durante a admissao ou durante o trabalho de parto (ou seja, sem dupla mãe-RN, ou em ficha espelho especifica, contendo obrigatoriamente a data e a hora diagnóstico prvio registrado no pré-natal); - em que a medicao foi administrada, alm da identificao do profissional responsvel pela aplicao. Esse registro deve ser legível, datado e assinado, garantindo a rastreabilidade e a segurana do procedimento. Crterios de Excluso: - Gestantes já diagnosticadas e tratadas durante o pré-natal (no se enquadram no diagnóstico “no parto”); Referncia da meta: - Partos ocorridos fora da unidade hospitalar avaliada (ex: transferências externas ou BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SCTIE/MS nº 12, de 19 de abril de 2021: Protocolo domiclios, se no houver confirmao da testagem e conduta na unidade). <i>clnico e diretrizes terapêuticas para ateno integral às pessoas com infeces sexualmente transmissveis (IST).</i> Observaes 01: Hélio Angotti Neto. Secretaria de Cincia, Tecnologia, Inovao e Insumos Estratgicos em Saude, 19 abr. 2021. - Devido ao cenrio epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, aps apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste no treponêmico), independentemente da presena de sinais e sintomas de sífilis.
Definiao	Observao 02: O registro da administrao da medicao deve ser realizado formalmente no pronturio da
Nome	Proporcao de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clinica Registrada, em que a medicao foi administrada, alm da identificao do profissional responsvel

3.14. PROPORÇÃO DE PARTOS INSTRUMENTALIZADOS COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA REGISTRADA

[illegible]

Nome	Proporção de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clínica Registrada Atenção:
Conceituação	<i>O parto instrumentalizado deve ser evitado, sendo indicado apenas quando houver justificativa</i> Percentual de partos vaginais que foram instrumentalizados (fórceps ou vácuo-extrator), com <i>clínica precisa, como sofrimento fetal agudo ou necessidade de abreviar o período expulsivo</i> , registro de justificativa clínica documentada no prontuário.
Importância	<i>conforme diretrizes do Ministério da Saúde. Entre os instrumentos disponíveis, a escolha entre</i> A utilização deste indicador tem como finalidade avaliar a qualidade e a segurança da assistência <i>fórceps e vácuo-extrator deve considerar a experiência da equipe e as condições clínicas da mãe e</i> obstétrica no âmbito da maternidade, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde. <i>do recém-nascido. O uso sem critério técnico pode configurar violência obstétrica e</i> Seu monitoramento estimula o uso ético, responsável e baseado em evidências científicas de <i>comprometer a segurança materno-infantil.</i> instrumentos obstétricos, como o fórceps e o vácuo-extrator, conforme preconizado pela Portaria <i>(BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, 2016).</i> MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Alyne, e pelas recomendações da Organização Mundial da <i>Saúde (OMS)</i> Descrição do Procedimento: A exigência de justificativa clínica devidamente registrada no prontuário reduz o risco de <i>indicações para uso de fórceps e vácuo-extrator:</i> Indicações necessárias 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. Além disso, o registro adequado da justificativa para o uso de parto instrumental fortalece a <i>transparência</i> 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. 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. 7. Documentação obrigatória descritiva após o parto: Indicação para o procedimento e diagnóstico pré-operatório 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 gestacional e critérios de aplicabilidade) assistência obstétrica, consolidando a cultura da qualidade e da responsabilidade sanitária no âmbito do SUS. ● Descrição da discussão com a paciente/acompanhante ● Diagnóstico pós operatório com dados do parto
Definição	<i>transparência</i> 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. 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. 7. Documentação obrigatória descritiva após o parto: Indicação para o procedimento e diagnóstico pré-operatório 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 gestacional e critérios de aplicabilidade) assistência obstétrica, consolidando a cultura da qualidade e da responsabilidade sanitária no âmbito do SUS. ● Descrição da discussão com a paciente/acompanhante ● Diagnóstico pós operatório com dados do parto
Método de Cálculo	Numerador: Número de partos instrumentizados com justificativa clínica registrada Denominador: Total de partos instrumentizados e epilizados. Descrição da relação: O registro de partos instrumentizados com justificativa clínica registrada é imprescindível para a documentação da assistência e para a avaliação da qualidade da assistência obstétrica. A relação entre o numerador e o denominador permite a identificação de situações em que a assistência obstétrica não foi adequada, permitindo a identificação de pontos de melhoria e a implementação de ações corretivas. Críticas Excluídas: críticas, com respaldo técnico-científico e respeito à autonomia da mulher. ● Instrumentalizações sem justificativa clínica descrita; Além disso, a justificativa clínica deve evidenciar a necessidade real do procedimento, com base em evidências científicas ou protocolos institucionais vigentes. Tais informações são fundamentais para a qualificação da assistência obstétrica, assegurando que as práticas estejam em conformidade com as diretrizes da Rede Alyne e da Política Nacional de Humanização (PNH). Isso contribui diretamente para o monitoramento efetivo do indicador e para o cumprimento das metas pactuadas com a gestão estadual. Fórceps: Instrumento obstétrico utilizado para auxiliar no parto vaginal, especialmente em situações em que há dificuldade na progressão do feto durante a fase final do trabalho de parto. Observação: 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. informações detalhadas que não são automaticamente extraídas pelo sistema SIMAS, tais como o número de partos instrumentalizados realizados e suas respectivas justificativas meio da aplicação de uma ventosa na parte posterior da cabeça do bebê, conectada a um sistema

Nome	Proporção de Partos Instrumentalizados com Justificativa Clínica Registrada - Secretaria Estadual de Saúde (SES).
Conceituação	Percentual de partos de gestantes que foram instrumentalizados (fórceps ou vácuo-extrator) com registro de justificativa específica para cada procedimento, quando disponível. Na ausência dessa funcionalidade, o relatório deverá ser enviado por meio eletrônico alternativo à 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
	Referências: instrumentos obstétricos, como o fórceps e o vácuo-extrator, conforme preconizado pela Portaria BRASIL , Ministério da Saúde. DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTENCIA AO PARTO NORMAL. MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Alyne, e pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. Operative Vaginal Delivery: A exigência de justificativa clínica devidamente registrada no prontuário reduz o risco de ACOG Practice Bulletin No. 219. <i>Obstetrics & Gynecology</i> , v. 135, n. 1, p. e56-e65, Jan. 2020. intervenções desnecessárias e complicações maternas e neonatais, como lacerações, hemorragias ASSOCIAÇÃO ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Parto assistido por fórceps. 2022. Disponível em: e traumas cranianos. O uso indiscriminado desses dispositivos, sem respaldo técnico, pode https://medicalseuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Parto-Forceps.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025. configurar violação dos princípios de segurança assistencial, sendo incompatível com os preceitos

3.15. PROPORÇÃO DE EPISIOTOMIAS REALIZADAS COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA DOCUMENTADA

	atua como ferramenta de proteção à integridade física da gestante e do recém-nascido. Além disso, o registro adequado da justificativa para o uso de parto instrumental fortalece a
Importância Nome	transparência do cuidado, a segurança jurídica da equipe assistencial e a qualidade das Proporção de episiotomias realizadas com justificativa clínica documentada.
Conceituação	informações em saúde, sendo um critério fundamental em auditorias clínicas e avaliações de Este indicador acompanha a quantidade de episiotomias realizadas durante partos vaginais em que desempenho institucional. Tais práticas estão em conformidade com os princípios da Política há registro claro e documentado da justificativa clínica para a realização do procedimento. Nacional de Humanização (PNH), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.298/2004, que reforça o
Importância	Trata-se de um indicador de grande relevância para a qualificação da assistência obstétrica, direito ao consentimento informado, o protagonismo da mulher e o respeito às decisões no refletindo o compromisso da instituição de saúde com práticas baseadas em evidências, o respeito processo de parto e nascimento. aos direitos da mulher e a promoção de um parto humanizado. A episiotomia, historicamente Ademais, esse indicador constitui um instrumento estratégico de gestão e qualificação da atenção realizada de forma rotineira, é atualmente reconhecida como uma intervenção que deve ser obstétrica, permitindo o acompanhamento contínuo das condutas clínicas, a identificação de limitada a situações com indicação clínica bem definida. Essa orientação é respaldada por desvios de prática, a definição de ações corretivas, bem como a implementação de processos rganismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Rede Alyne e a Política Nacional de formativos voltados a educação permanente das equipes multiprofissionais. Humanização (PNH). Nesse contexto, o indicador visa fomentar a adoção de boas práticas Dessa forma, a adoção e o monitoramento sistemático deste indicador no contrato de gestão obstétricas ao promover a redução do uso indiscriminado e não justificado da episiotomia, reforçam o compromisso institucional com a humanização, a segurança e a legalidade da alinhando-se às diretrizes nacionais e internacionais voltadas para a segurança e a qualidade da assistência obstétrica, consolidando a cultura da qualidade e da responsabilidade sanitária no atenção ao parto. âmbito do SUS.
Método de Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100 Numerador / Denominador x 100
	Numerador: Número de episiotomias com justificativa clínica registrada Numerador: Número de partos instrumentalizados com justificativa clínica registrada; Denominador: Total de episiotomias realizadas Denominador: Total de partos instrumentalizados realizados Crterios de Inclusão: Crterios de Inclusão: ● Partos vaginais com realização de episiotomia; ● Partos vaginais assistidos com fórceps ou vácuo-extrator, com justificativa clínica ● Registro da justificativa clínica no prontuário (ex: sofrimento fetal agudo, distócia de ombro, documentada (ex: sofrimento fetal agudo, necessidade de abreviar expulsivo, distócia de prematuridade com necessidade de agilidade no nascimento). rotação); Crterios de Exclusão: ● Registro deve constar no prontuário da parturiente (evolução médica ou campo específico). ● Partos cesáreos; Crterios de Exclusão: com documentação incompleta ou ausente da justificativa da episiotomia. ● Instrumentalizações sem justificativa clínica descrita; Descrição: ● Registros incompletos, vagos ou com justificativas não técnicas (ex: “conduta da equipe”, O relatório da maternidade a ser enviado à Secretaria Estadual de Saúde (SES), anexo à rotina”); transmissão do SIMAS, deve conter informações detalhadas sobre o número de episiotomias ● Abortamentos ou partos com feto natimorto < 500g ou < 22 semanas. realizadas no período de referência, com justificativa clínica documentada para cada procedimento. Definições: tal que o relatório comprove que a episiotomia foi realizada de forma criteriosa, com Fórceps instrumento obstétrico utilizado para auxiliar o parto em situações de distócia, especialmente parto prematuro, em que a criança não consegue sair do canal de parto durante a contração uterina, ou em partos com distócia de ombro, em que a cabeça da criança não consegue passar pelo canal de parto. consistindo em duas partes: a primeira, a colher anatômica, que são posicionadas ao redor da cabeça da criança, e a segunda, a colher de madeira, que é utilizada para auxiliar a saída da criança. A justificativa deve ser registrada no prontuário da parturiente, para a qualificação da assistência obstétrica. Vácuo-extrator (ventosa obstétrica): aparelho clínico utilizado para a sucção da cabeça da criança, durante o parto, para auxiliar a saída da criança pelo canal de parto. sempre que a criança não consegue sair do canal de parto durante a contração uterina, ou em partos com distócia de ombro, em que a cabeça da criança não consegue passar pelo canal de parto.

Nome	Proporção de episiotomias realizadas de forma humanizada e documentada.
Conceituação	Este indicador acompanha a quantidade de episiotomias realizadas durante partos vaginais em que Definições: há registro claro e documentado da justificativa clínica para a realização do procedimento. 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.
Definição	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 em critérios clínicos. Justificativa clínica: Registro médico claro que justifique a necessidade da episiotomia com base em critérios clínicos.
Importância	realizada de forma rotineira, é atualmente reconhecida como uma intervenção que deve ser Observações: situações com indicação clínica bem definida. Essa orientação é respaldada por órgãos do Sistema de Saúde do Estado (CMS) e da Rede Alynede esta Política Nacional de Humanização (PH) e, nesses casos, de conduta profissional, práticas de qualidade e boas práticas obstétricas, e deve ser registrado no prontuário. São indicadas em situações em que há evidência de necessidade de episiotomia, alinhando estratégias para qualificação da assistência, fortalecimento da segurança da qualidade de atenção e promoção de práticas obstétricas centradas na mulher, além de contribuir com a
Método de Cálculo	conformidade institucional frente às políticas públicas de saúde. Numerador / denominador x 100 Adicionalmente, os dados produzidos por este indicador podem subsidiar ações de educação
	permanente, auditorias clínicas, revisões de protocolo e elaboração de planos de melhoria Numerador: Número de episiotomias com justificativa clínica registrada continua. Dessa forma, ele se configura como um importante instrumento para o Denominador: Total de episiotomias realizadas aprimoramento da qualidade da assistência obstétrica no âmbito do SUS e na gestão de Critérios de Inclusão: - Partos vaginais realizados à Rede Alynede. - 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 (prematuridade e necessidade de segurança no nascimento). Critérios de Exclusão: - Partos cesáreos; - Partos realizados em unidades de emergência, quando disponível. Na ausência dessa funcionalidade, o relatório deverá ser enviado por meio eletrônico alternativo Descrição: O relatório da maternidade a ser enviado à Secretaria Estadual de Saúde (SES), anexo à transmissão do SIMAS, deve conter informações detalhadas sobre o número de episiotomias realizadas no período de referência, com justificativa clínica documentada para cada procedimento. Referências: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil); SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. (S. 1.), 14 fev. 2017. 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. A justificativa deverá estar documentada no 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.
Nome	Proporção de RN Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B
Conceituação	Definições: Proporção de recém-nascidos (RN) que receberam a primeira dose da vacina contra hepatite B 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.
Definição	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 Observações: especialmente durante o parto. A vacinação precoce reduz significativamente o risco de infecção por vírus da hepatite B, doença que pode causar graves danos à saúde do feto e do recém-nascido.
Importância	longo da vida. É recomendada a vacinação dos recém-nascidos com a primeira dose da vacina contra hepatite B logo após o nascimento, antes da alta hospitalar, e a segunda dose aos 3 meses de vida. assistência, e a terceira dose aos 5 meses de vida. Programa Estratégico de Vacinação (PEV) e a Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul. acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças, permitindo a identificação de possíveis falhas operacionais nos fluxos de atendimento. Adicionalmente, os dados produzidos por este indicador podem subsidiar ações de educação em saúde e de melhoria da assistência.

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

Método de	Proporção de RN Vacinados com 1ª Dose de Vacina Contra Hepatite B Numerador / denominador x 100
Cálculo	Proporção de recém-nascidos (RN) que receberam a primeira dose da vacina contra hepatite B
Conceituação	(Número de recém-nascidos vacinados com a 1ª dose da vacina contra hepatite B nas primeiras 24 horas de vida) ÷ (Número total de nascidos vivos no período) x 100
Importância	A aplicação da primeira dose da vacina contra hepatite B em recém-nascidos nas primeiras 24 horas de vida constitui uma ação estratégica fundamental para a prevenção da transmissão vertical do vírus, especialmente durante o parto. A vacinação precoce reduz significativamente o risco de infecção crônica, complicações hepáticas graves e doenças como cirrose e câncer de fígado ao longo da vida. Esse indicador reflete a capacidade da unidade de saúde em assegurar uma assistência segura, oportuna e 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 vacinados até 24 horas de vida permite monitorar o desempenho das práticas de imunização, identificar falhas operacionais nos fluxos assistenciais e orientar ações corretivas voltadas à qualificação da atenção perinatal. Crítério de Inclusão: RN com imunodeficiência congênita ou adquirida; RN com neoplasia maligna, em tratamento com corticosteróides em dose imunossupressora contribuindo para o cumprimento das metas pactuadas no âmbito da gestão contratual. e em outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia, radioterapia etc.);
Método de Cálculo	● Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida; Numerador / denominador x 100 ● Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida;
Definição	● Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; 24h ÷ Número total de nascidos vivos no período) × 100 ● 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. Observação 01: Prematuridade e baixo peso: Em casos de prematuridade e baixo peso, o médico deve avaliar o momento ideal da vacinação. Crítério de Inclusão: Observação 02: ● Total de recém-nascidos vivos nascidos na unidade de saúde no período avaliado. ● RN que necessitam receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados - não vacine com agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e até 90 dias após o uso daqueles produtos. Crítério de Exclusão: ● RN com imunodeficiência congênita ou adquirida; ● 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; ● Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida; ● Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; 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, devidamente registrada no prontuário do paciente e consolidada em relatório gerencial mensal, com apresentação de justificativa técnica e comprovação documental. NOTAS: Observação 01: Prematuridade e baixo peso: Em casos de prematuridade e baixo peso, o médico deve avaliar o momento ideal da vacinação a adultos por tempo superior a 14 dias. ● Doses inferiores às citadas, mesmo por período prolongado, não constituem contraindicação. Observação 02: ● RN que necessitam receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados - vacine com vacinas de agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e até 90 dias após o uso daqueles produtos. Denominação: ● RN - Recém Nascido ● 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. 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 imunização da assistência. ● Usuários que fazem uso de terapia com corticosteróides devem ser vacinados com intervalo de, pelo menos, três meses após a suspensão da droga.

	Nome	BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS HEPATITE B
	Conceituação	E COINFECCÕES. PORTARIA SECTIS/MS Nº 25, DE 18 DE MAIO DE 2023, [S. l.], p. 1-104, 18 maio Proporção de recém-nascidos (RN) que receberam a primeira dose da vacina contra hepatite B 2023. preferencialmente nas primeiras 12 horas e no máximo até 24 horas após o nascimento , em BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das relação ao total de nascidos vivos no mesmo período, na unidade de saúde.
	Importância	Doenças Transmissíveis. <i>Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.</i> 1. ed. — Brasília: A aplicação da primeira dose da vacina contra hepatite B em recém-nascidos nas primeiras 24 Ministério da Saúde, 2014. 176 p. ISBN 978-85-334-2164-6. Disponível em: horas de vida constitui uma ação estratégica fundamental para a prevenção da transmissão vertical https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 04 do vírus, especialmente durante o parto. A vacinação precoce reduz significativamente o risco de jul. 2025. infecção crônica, complicações hepáticas graves e doenças como cirrose e câncer de fígado ao longo da vida. Esse indicador reflete a capacidade da unidade de saúde em assegurar uma assistência neonatal segura, oportuna e de qualidade, em conformidade com as diretrizes do 3.17. PROPORÇÃO DE RECÉM- NASCIDOS VACINADOS COM A VACINA BCG Programa Nacional de Imunizações (PNI) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). O acompanhamento sistemático da proporção de recém-nascidos vacinados até 24 horas de vida permite monitorar o desempenho das práticas de imunização, identificar falhas operacionais nos
	Nome	Proporção de recém-nascidos vivos com a vacina BCG
	Conceituação	contribuindo para o cumprimento das metas pactuadas no âmbito da gestão contratual. 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.
	Método de Cálculo	Número de recém-nascidos vacinados x 100 Este indicador está diretamente relacionado à proteção da saúde infantil e à prevenção de formas
	Importância	graves da tuberculose em crianças, como a tuberculose meníngea (afetando o sistema nervoso (Número de recém-nascidos vacinados com a 1ª dose da vacina contra hepatite B nas primeiras central) e a tuberculose miliar (forma disseminada da doença). Essas formas podem ser fatais ou 24h ÷ Número total de nascidos vivos no período) x 100 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 a) Numerador: Número de recém-nascidos vacinados com a 1ª dose da vacina contra hepatite B alta proporção de RN vacinados sugere que o sistema de saúde está conseguindo atingir a maior nas primeiras 24h parte das crianças com as vacinas necessárias, especialmente em áreas onde a tuberculose é b) Denominador: Número total de nascidos vivos no período
	Método de Cálculo	Número de recém-nascidos vacinados x 100 Crítério de Inclusão:
	Definição	● Total de recém-nascidos vivos nascidos na unidade de saúde no período avaliado. a) Numerador: Número de recém-nascidos vacinados com BCG (é a quantidade de recém- nascidos que receberam a vacina BCG no período). Crítério de Exclusão: ● RN com imunodeficiência congênita ou adquirida; b) Denominador: Número de recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações e ● RN com neoplasia maligna, em tratamento com corticosteróides em dose imunossupressora que permaneceram por pelo menos 24h na unidade. e em outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia, radioterapia etc.); Crítério de Inclusão ● Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida; ● Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; ● Recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações clínicas ou imunológicas; ● Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; que permaneceram ao menos 24 horas na unidade hospitalar; ● Apenas recém-nascidos que nasceram vivos e foram registrados como nascimentos ● Contraindicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de vida, válidos. devidamente registrada no prontuário do paciente e consolidada em relatório gerencial Crítérios de Exclusão apresentação de justificativa técnica e comprovação documental. ● Recém-nascidos de mães que usaram medicamentos que possam causar imunossupressão Observação 01: Prematuridade e baixo peso: Em casos de prematuridade e baixo peso, o do feto durante a gestação; médico deve avaliar o momento ideal da vacinação. ● Recém-nascidos imunocomprometidos, como aqueles infectados pelo HIV; Observação 02: ● Prematuros com menos de 2 kg de peso; ● Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos; ● 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 ● Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; após o uso daqueles produtos. ● Evasão (alta à revelia) antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; ● 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 ● Contraindicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de adversos relacionados à vacina. devidamente registrada no prontuário do paciente e consolidada em relatório SITUAÇÕES ESPECIAIS Sem apresentação de justificativa técnica e comprovação documental para indicação ou não da vacinação: Observação 01: ● Usuários que fazem uso de terapia com corticosteróides devem ser vacinados com intervalo ● A vacina BCG está contraindicada em recém-nascidos com peso inferior a 2 kg. Nesses de, pelo menos, três meses após a suspensão da droga.

Nome	Proporção de RN vacinados com a vacina BCG
Conceituação	● A BCG deve ser aplicada nas primeiras horas de vida, preferencialmente nas primeiras 12 horas, sempre que possível. Referente à porcentagem de recém-nascidos (RN) que receberam a vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) em relação ao total de nascimentos ocorridos no período.
Importância	Observação 02: Está diretamente relacionado à proteção da saúde infantil e à prevenção de formas graves da tuberculose em crianças de menor vulnerabilidade (sestando o sistema imunológico central) e a transmissão da infecção latente em indivíduos com doença. Essas formas podem ser fatais ou deixar sequelas severas se não forem tratadas rapidamente. A vacinação de RN vacinados com a vacina BCG também evita, caso a mãe não tenha sido vacinada, a transmissão da doença ao bebê, o que é de alta proporção de RN vacinados, pois os que não são vacinados correm risco de adquirir a doença.
Definição	parte das crianças com as vacinas necessárias, especialmente em áreas onde a tuberculose é mais prevalente.
Método de Cálculo	Observação 03: Número de nascimentos que necessitam receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados - não vacine com vacinas de agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e a) Numerador: Número de recém-nascidos vacinados com BCG (é a quantidade de recém-nascidos que receberam a vacina BCG no período). ● 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 b) Denominador: Número de recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações e com possíveis eventos adversos relacionados à vacina. que permaneceram por pelo menos 24h na unidade. SITUAÇÕES ESPECIAIS: Critério de Inclusão São situações que devem ser avaliadas em suas particularidades para a indicação ou não da vacinação: ● Recém-nascidos vivos com peso ≥ 2 kg, sem contraindicações clínicas ou imunológicas, que permaneceram ao menos 24 horas na unidade hospitalar; ● Usuários que fazem uso de terapia com corticosteróides devem ser vacinados com apenas recém-nascidos que nasceram vivos e foram registrados como nascimentos válidos. NOTAS: Crerérios de Exclusão ● É considerada imunossupressora a dose superior a 2 mg/kg/dia de prednisona ou ● Recém-nascidos de mães que usaram medicamentos que possam causar imunossupressão equivalente para crianças e acima de 20 mg/kg/dia para adultos por tempo superior a 14 dias. ● Recém-nascidos imunocomprometidos, como aqueles infectados pelo HIV; ● Doses inferiores às citadas, mesmo por período prolongado, não constituem ● Prematuros com menos de 2 kg de peso; ● Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos; ● O uso de corticoides por via inalatória ou tópicos ou em esquemas de altas doses em curta ● Transferência para outra unidade hospitalar antes de completar 24 horas de vida; ● duração (menor do que 14 dias) não constitui contraindicação de vacinação. ● Óbito ocorrido antes da administração da vacina e antes de completar 24 horas de vida; Observação 04: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde ● Contraindicação clínica temporária ou definitiva à vacinação nas primeiras 24 horas de vida, devidamente registrada no prontuário do paciente e consolidada em relatório de humanização da assistência. gerencial mensal, com apresentação de justificativa técnica e comprovação documental. Referência Observação 01: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2024. Vacina BCG, [S. l.], p. 1-18, 1 jan. 2024. ● 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. BRASIL. Ministério da Saúde. 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: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 04 jul. 2025. ● Os recém-nascidos contatos de indivíduos bacilíferos deverão ser vacinados somente após o tratamento da infecção latente da tuberculose ou da quimioprofilaxia. ● Usuários de terapia com corticosteróides devem ser vacinados com apenas recém-nascidos que nasceram vivos e foram registrados como nascimentos válidos.
Definição	INDICADOR DE ACOMPANHAMENTO PERINATAL - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA 3.18. PROPORÇÃO DE MULHERES COM ACOMPANHANTE DURANTE TODO O PROCESSO ASSISTENCIAL AO PARTO (PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO)
Nome	Proporção de mulheres com acompanhante durante <i>todo</i> o processo assistencial ao parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato)
	Observação 03: ● Recém-nascidos que necessitam receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados - não

Nome Conceituação	Proporção de parturientes que estão acompanhadas por pessoa de sua livre escolha (ou prática) nos períodos do processo de parto: pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme direito garantido pela Lei nº 11.108/2005.
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	Identificação da literatura que recomenda a presença do acompanhante de livre escolha durante o parto e o pós-parto imediato para maior segurança, proteção e apoio afetivo neste momento. A presença do acompanhante é recomendada a todas as gestantes.
Importância	Identificada na literatura como boa prática, humanizadora do processo de parto e o pós-parto imediato, recomendada a todas as gestantes.
Método de Cálculo	Tratada de boa prática recomendada pela literatura e garantida por lei no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005).
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x100

Nome	a) Numerador - Total de mulheres acompanhadas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeiras 2 horas após o parto).
	b) Denominador - Total de partos realizados (vaginais e cesáreos) no período de análise.
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. Critérios de inclusão: ● Todos os partos, cesáreos e normais.
Importância	Permite estimar a medida em que o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto é garantido. O fato da mulher poder contar com a presença do acompanhante de livre escolha durante o parto pode contribuir para maior segurança, proteção e apoio afetivo neste momento. A presença do acompanhante é identificada na literatura como boa prática, humanizadora do processo de parto, recomendada por todas as Leis Federais nº 11.108/2005, que garante à gestante o direito de ser acompanhada por pessoa de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Trata-se de uma prática recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2005, informa-se que deverá ser elaborado um relatório que comprove o cumprimento desse direito no âmbito da unidade hospitalar. Observações: ● Este relatório tem caráter obrigatório e deverá ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção
Método de Cálculo	$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$

à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

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

Identificação da Gestante:

Definição

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

Identificação do Acompanhante

- Nome completo anonimizado

Períodos de Acompanhamento

Confirmação da presença do acompanhante durante:

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

Observação 02:

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

Referências:

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

INDICADORES RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR

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

Nome	Taxa de Cancelamento de Cirurgias Eletivas por Motivação Alheia ao Paciente.
Conceituação	Número de cirurgias eletivas agendadas que foram canceladas por motivos não relacionados à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal no período.
Importância	É um indicador fundamental para a avaliação da eficiência operacional e da qualidade da gestão hospitalar. Cancelamentos por causas não relacionadas à condição clínica do paciente ou à sua decisão pessoal — como ausência de profissionais da equipe cirúrgica, falta de insumos, falhas de agendamento ou indisponibilidade de sala operatória — revelam falhas nos processos internos da unidade e comprometem a produtividade do centro cirúrgico, área de alto custo e complexidade. Além disso, tais cancelamentos impactam negativamente a experiência do paciente, gerando frustração, insegurança e, em alguns casos, atrasos no tratamento que podem agravar o quadro clínico. O monitoramento sistemático deste indicador permite identificar causas evitáveis, subsidiar a adoção de medidas corretivas e otimizar o uso dos recursos disponíveis, promovendo maior resolutividade e eficiência. Por fim, esse indicador também possui relevância estratégica dentro dos contratos de gestão, podendo ser utilizado como parâmetro para avaliação de desempenho institucional e como base para ajustes na gestão assistencial e administrativa da unidade.
Método de Cálculo	Não é aplicável. Envio mensal do relatório.
Definição	Para fins deste contrato, consideram-se motivações alheias ao paciente, e, portanto, de responsabilidade da CONTRATADA, as seguintes causas: ● Ausência de profissional da equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista ou equipe de enfermagem de apoio); ● Falta de insumos, materiais médico-hospitalares ou medicamentos necessários à realização do procedimento; ● Indisponibilidade de sala cirúrgica por falha de gestão de agenda ou superlotação evitável; ● Inoperância de equipamentos cirúrgicos ou de apoio essenciais à realização do ato cirúrgico (por omissão da gestão da unidade); ● Interdições administrativas ou sanitárias decorrentes de não conformidades sob responsabilidade da CONTRATADA; ● Falhas de agendamento, erro de planejamento ou duplicidade de marcação; ● Ausência de autorização administrativa interna prévia necessária para a execução do procedimento. Observação 01: ● A CONTRATADA deverá apresentar, nos relatórios de desempenho, a consolidação dos dados referentes a este indicador, incluindo justificativas detalhadas para cada cancelamento ocorrido por motivo alheio ao paciente, acompanhadas das medidas corretivas adotadas. Deverá ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS). Referências: SANTOS, G. A. A. C.; BOCCHI, S. C. M. 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: https://www.scielo.br/j/reben/a/BXvqtZW4ttnryHSC6FJSmgyl/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 7 jul. 2025. Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital escola: causas e estatísticas. <i>Enfermería Global</i>, n. 59, jul. 2020. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-286.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reueusp/a/jw6h6mFVHK9VYDySsdMY6ry/. Acesso em: 7 jul. 2025.

3.20. ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO DE LEITOS

Nome	Índice de Intervalo de Substituição de Leitos
Conceituação	Mensurar o tempo médio que o leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a ocupação por outro.
Importância	Este indicador é fundamental para avaliar a eficiência na gestão de leitos hospitalares, especialmente em contextos com alta demanda e recursos limitados. Altos valores podem indicar ineficiência na rotatividade de leitos, impactando negativamente o acesso de novos pacientes e a produtividade hospitalar. Já valores muito baixos, se não acompanhados de qualidade assistencial, podem sugerir pressão excessiva sobre os fluxos de internação e alta. Assim, o índice auxilia no equilíbrio entre eficiência operacional e segurança assistencial.
Método de Cálculo	Numerador / denominador

Nome	a) Numerador - Taxa de desocupação e Média de permanência em dias b) Denominador - Taxa de ocupação hospitalar
Conceituação	Mensurar o tempo médio que o leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a ocupação por outro.
Importância	Crterios de incluso: Este indicador é fundamental para avaliar a eficiência na gestão de leitos hospitalares, ● Leitos efetivamente ocupados por pacientes, pois são esses que precisam ser avaliados especialmente em contextos com alta demanda e recursos limitados. Altos valores podem indicar quanto à sua utilização no cálculo do índice. ● Apenas leitos que estão sendo usados por pacientes em tratamento ativo, e não leitos produtividade hospitalar. Já valores muito baixos, se não acompanhados de qualidade assistencial, reservados para emergências, cirurgias programadas, ou situações especiais como podem sugerir pressão excessiva sobre os fluxos de internação e alta. Assim, o índice auxilia no isolamento. ● Leitos não vinculados à Central de Regulação, sob controle do próprio hospital.
Método de Cálculo	Numerador / denominador

- Leitos que estão temporariamente fora de operação (ex.: em reforma, manutenção ou bloqueados por qualquer motivo).
- Se o leito está ocupado por um paciente em observação que pode ser liberado rapidamente, isso pode não refletir a verdadeira ocupação a longo prazo, então esses leitos podem ser excluídos.
- Pacientes que estão na fase final de alta e que não irão ocupar o leito por mais de 24 horas podem ser excluídos, para garantir que o cálculo da taxa de ocupação reflita a utilização efetiva.
- Leitos hospitalares gerenciados pela Central de Regulação.

Descrição das Fórmulas:

Fórmulas dos cálculos de Taxa de desocupação, Média de Permanência em dias e Taxa de Ocupação Hospitalar:

Taxa de desocupação (%) = (Leito-dia Ocioso / Leito-Dia Disponível) x 100

Leito-Dia Ocioso = (Número de Leitos Existentes x Número de dias do período) - Total de Paciente-Dia

Leito-Dia Disponível = Número de leitos existentes x Número de dias do período

Média de Permanência Hospitalar:

MPH = Total de pacientes-dia ÷ Número de saídas hospitalares.

Taxa de Ocupação Hospitalar:

TOH% = (Total de paciente-dia ÷ (Números de leitos existentes x Número de Dias do período)) x 100

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

Referência da meta:

ANAHP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. *Observatório ANAHP.* 15. ed. São Paulo: ANAHP, 2024.

Referência das fórmulas:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Terminologia básica em saúde.* Centro de Documentação do Ministério da Saúde. [S. l.], p. 4-50, 1 jan. 1987.

SECRETARIA DE SAÚDE, Hospital Geral Prado Valadares. Índice de Intervalo de Substituição – IIS. Governo da Bahia , [S. l.], p. 1-1. ÍNDICE intervalo de substituição: Painel de Gestão à Vista.

EBSERH, [S. l.], p. 1-3, 31 jul. 2021.

INDICADORES RELACIONADOS À VIGILÂNCIA DO ÓBITO

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

Nome	Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais (>=24h).
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos institucionais que ocorreram após, no mínimo, 24 horas da admissão hospitalar e que foram devidamente revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, em um determinado mês, e o total de óbitos institucionais com 24 horas ou mais de internação ocorridos no mesmo período. Esse indicador permite avaliar o grau de cumprimento da rotina institucional de análise sistemática de óbitos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da segurança da assistência prestada.
Importância	O aludido indicador busca certificar que os óbitos foram revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, apresentando maior qualidade ao processo ao qual o paciente foi submetido. Trata-se de um indicador essencial para avaliar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde prestados dentro da instituição. Essa taxa refere-se à revisão e análise de óbitos que ocorrem após 24 horas de internação, ou seja, aqueles que não são mortes imediatas, mas que ocorreram dentro do hospital após um período de observação e cuidado.
Método de Cálculo	Numerador/ denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais) revisados, no mês. b) Denominador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais), em um mês. Critérios de Inclusão: ● Apenas óbitos ocorridos dentro da instituição. Critérios de Exclusão: ● Óbitos com menos de 24h de internação; ● Pacientes transferidos com evolução final em outra instituição. Público-alvo: Pacientes internados em hospitais. Observação 01: O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente no hospital, incluindo, portanto, o tempo permanecido na unidade de urgência e emergência. Observação 02: A apresentação mensal de resultados deve incluir relatório total dos óbitos, detalhando quantos e quais destes foram revisados pela comissão de prontuário e análises de óbitos. Observação 03: A revisão de óbito é o processo rotineiro e sistemático de avaliação dos óbitos ocorridos em uma unidade de saúde, com o objetivo de verificar se as informações estão completas, se os protocolos assistenciais foram seguidos e se há necessidade de alguma ação corretiva ou de melhoria. Observação 04: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência. Referência da Meta: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. <i>E-EFT-02</i>. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1-7.

3.22. PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS

Nome	Proporção de Óbitos Maternos Investigados.
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos maternos investigados no período, e o número de total de óbitos maternos no mesmo período.
Importância	A investigação dos óbitos maternos permite identificar se as mortes poderiam ter sido evitadas com uma melhor intervenção. Muitas mortes maternas são preveníveis com cuidados adequados durante a gestação, parto e pós-parto. Ao investigar cada caso, é possível identificar falhas no sistema de saúde.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de óbitos maternos investigados, no mês. Critério de Inclusão: ● Todos os óbitos de mulheres, com idade entre 10 e 49 anos, cuja causa básica esteja classificada como óbito materno (CID-10: O00-O99) e que tenham sido devidamente investigados no mês de referência, conforme os protocolos vigentes. Crítérios de Exclusão: Não se aplica. b) Denominador: 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. Critério de Inclusão: ● 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. Crítérios de Exclusão: ● Óbitos de mulheres que ocorreram após 42 dias do parto (não mais considerados óbitos maternos). Observação 01: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência. Referência: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Série A. Normas e Manuais Técnicos. I.J., p. 5-83, 1 dez. 2009.

3.23. PROPORÇÃO DE ÓBITOS FETAIS ANALISADOS

Nome	Proporção de Óbitos Fetais Analisados
Conceituação	Proporção da quantidade de óbitos fetais, que são analisados em relação ao total de óbitos fetais registrados em um determinado período.
Importância	A importância da Proporção de Óbitos Fetais Analisados, está diretamente relacionada à melhoria da saúde materno-infantil e à prevenção de mortes fetais futuras. A análise dessa proporção ajuda a entender melhor as causas dos óbitos e proporciona dados cruciais para a implementação de políticas públicas e a melhoria da qualidade do atendimento obstétrico.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de Óbitos Fetais Analisados - Refere-se à quantidade de óbitos fetais para os quais foi realizada uma investigação formal (como autópsia fetal, exames clínicos, etc.) b) Denominador: Número Total de Óbitos Fetais - É o total de óbitos fetais registrados no período, independentemente de terem sido ou não analisados. Critérios de Inclusão: ● Óbito fetal ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias; ● Fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm. Critérios de Exclusão: ● Óbitos fetais ocorridos antes da 22ª semana de gestação; ● Óbitos fetais de gestações múltiplas; ● Óbitos fetais por causas externas. Descrição:: Óbito fetal: É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais. Observação 01: Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência. Referência: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Série A. Normas e Manuais Técnicos, [S. l.], p. 5-83, 1 jan. 2009.

INDICADORES RELACIONADOS À ATENÇÃO AO USUÁRIO

3.24. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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

Nome	Índice de Satisfação (90%):
Conceituação	a) Numerador: 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, b) Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período. em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
Importância	Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%): serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita a) Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico e consultas ambulatoriais.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	b) Denominador: Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica + número de consultas ambulatoriais realizadas no mesmo período. Índice de Satisfação (90%): a) Numerador: Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período. Critérios de inclusão: b) Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período. ● Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes). Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%): Critérios de Exclusão: a) Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico e consultas ambulatoriais. Observações 01: b) Denominador: Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica + número de consultas ambulatoriais realizadas no mesmo 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. ● Essa avaliação será realizada por meio de Pesquisa de Satisfação Padronizada, elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e aplicada pela CONTRATADA. Para tanto, a CONTRATADA deverá disponibilizar ao público um dispositivo com interface amigável e acessível, permitindo que o próprio usuário ou acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando Critérios de Exclusão: ● Itens os sistemas informatizados utilizados. ● Pesquisas com respostas consideradas negativas. Interpretações: Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%): A amostragem mínima a ser contemplada pela pesquisa corresponderá a, no mínimo, 10% do total de atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares após melhora do quadro realizados no período - conforme cálculo Observações 01: ● A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que utilizam os serviços da unidade constitui uma ferramenta essencial de gestão, 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. ● Essa avaliação será realizada por meio de Pesquisa de Satisfação Padronizada, elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e aplicada pela CONTRATADA. Para tanto, a CONTRATADA deverá disponibilizar ao público um dispositivo com interface amigável e acessível, permitindo que o próprio usuário ou acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente os sistemas informatizados utilizados. 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 a pesquisa seja considerado positivo é que o somatório dos itens que serão avaliados seja de no mínimo 24 pontos, pontuação estabelecida de acordo com o modelo de pesquisa apresentado abaixo: Interpretações: O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10% dos atendimentos ambulatoriais e altas melhoradas) resultará na atribuição de pontuação zero ao indicador no Índice Global de Qualidade. Índice de Satisfação (90%): Para que a meta seja atingida, o indicador deverá ser igual ou superior a 90,0% no mês. A condição necessária para que o resultado da pesquisa seja considerado positivo é que o somatório dos itens que serão avaliados seja de no mínimo 24 pontos, pontuação estabelecida de acordo com o modelo de pesquisa apresentado abaixo: Adicionalmente, o não envio das informações, a aplicação da pesquisa em formato distinto do previamente estabelecido, sem autorização formal da CONTRATANTE ou o não atingimento dos percentuais estabelecidos para o índice de Satisfação (90%) e para o índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%), impossibilitará a análise do indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como descumprimento da meta estabelecida.

Nome	Satisfação do Usuário. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO					
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.						
Conceituação	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.					
Importância	UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____					
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100					
Qual sua opinião sobre o atendimento prestado, com o Índice de Satisfação (90%):	Marque com um "X" a alternativa mais próxima à sua opinião					
a) Numerador: Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.						NÃO UTILIZE
b) Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.	(3 pontos)	(4 pontos)	(3 pontos)	(2 pontos)	(1 ponto)	
Instalações (Sala de Espera, Corredores, Banheiros, etc)						
Limpeza Geral						
Atendimento na Recepção						
Tratamento da Segurança						
Atendimento do						
Atendimento da Enfermagem						
Exames Realizados						
Informações sobre Tratamento a ser seguido						
Para perguntas cuja resposta seja "Não utilize" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos						

Critérios de inclusão:

Obs: Em caso de perguntas se

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

3.25. ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS

Definição

Observações 01:

- Pesquisas com respostas consideradas negativas.

Nome	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas	
Conceituação	Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período. 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 o qual os usuários possam responder à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente o sistema informático utilizado.	
Importância	O presente indicador tem como finalidade avaliar a qualidade do atendimento adequado e eficaz das demandas.	
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100	
a) Numerador: Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno quanto seus acompanhantes. A coleta de dados deverá ser, preferencialmente, anônima, a fim de garantir a liberdade e espontaneidade das respostas.		
b) Denominador: Número de atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares realizadas no período.		
Critérios de inclusão: Índice de Satisfação (90%): Para que a meta seja atingida, o indicador deverá ser igual ou superior a 90,0% no mês. A condição necessária para que o resultado da pesquisa seja considerado positivo é que o somatório dos itens que serão avaliados seja de no mínimo 24 pontos, pontuação de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual).		
Adicionalmente, o não envio das informações, a aplicação da pesquisa em formato distinto do previamente estabelecido, sem autorização formal da CONTRATANTE ou o não atingimento dos percentuais estabelecidos para o índice de Satisfação (90%) e para o Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%), impossibilitará a análise do indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como descumprimento da meta estabelecida.		
Observações 01:		
● Para o Registro de Queixas a CONTRATADA deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela CONTRATADA para resolução das queixas registradas. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de ouvidoria.		

Nome	● Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.
Conceituação	Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual deverá ser importada no referido Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o sistema e transmitida à SES/PE mensalmente. número total de queixas resolvidas no mesmo período. ● As queixas, que devem ser apresentadas na íntegra, e o tratamento dado às mesmas serão
Importância	apresentados à CTAI por meio do SIMAS, sendo que a referida comissão irá avaliar a O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas qualidade do tratamento dado, aprovando ou não os encaminhamentos dados. recebidas de maneira resolutiva e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das ● A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de aceitação das respostas às demandas. queixas registradas.
Método de Cálculo	Número / denominador x 100 ● 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),
Definição	a) Numerador: Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período. b) Denominador: Número total de queixas recebidas no mesmo período. CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão; SIMAS: Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais; Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de uma unidade (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente. Critérios de Exclusão: Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme Observações 01: previsto na Lei Estadual 16.420/2018. ● Para o Registro de Queixas a CONTRATADA deverá fornecer solução informatizada que A CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas às queixas registradas: permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências 1. Pertinência da Resposta: tomadas pela CONTRATADA para resolução das queixas registradas. Para além de meio A resposta deve abordar de forma direta e clara o conteúdo da queixa registrada. eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e Deve demonstrar entendimento correto da demanda apresentada pelo autor da queixa. colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o 2. Adequação da Solução Apresentada registro por escrito, além de ouvidoria. A providência adotada pela CONTRATADA deve ser compatível com a natureza, gravidade e impacto da queixa. ● Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual deverá ser importada no referido Em situações cuja solução não seja imediata ou definitiva, deve ser justificado o encaminhamento para ações futuras ou medidas corretivas em andamento. 3. Cumprimento dos Prazos As queixas 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 A resposta à queixa deve ter sido registrada e encaminhada ao autor no prazo estabelecido pela Lei Estadual nº 16.420/2018 e 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos mediante justificativa registrada). ● A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de aceitação das respostas às queixas registradas 4. Clareza e Linguagem Adequada As respostas devem ser encaminhadas mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES) queixa. anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), Evitar termos técnicos sem a devida explicação e assegurar por escrito a compreensão de humanização da assistência 5. Provas Documentais (se aplicável) Quando cabível, anexar documentos, registros ou evidências que comprovem as providências Interpretações: adotadas para resolução da demanda (ex.: registros de atendimento, ordens de serviço, CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão; comunicações internas, notificações de ações corretivas). SIMAS: Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais; 6. Adoção de Medidas Preventivas (para casos recorrentes ou graves) Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor Para queixas de mesma natureza recorrentes ou de maior gravidade, a CONTRATADA deve (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por apresentar, além da solução específica, medidas preventivas ou melhorias institucionais que telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente. evitem a repetição do problema. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema Referências: apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos, conforme BRASIL: Lei estadual nº 16.420, de 2018. [S.l.]: Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, 2018. previsto na Lei Estadual 16.420/2018. BRASIL: AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): Programa de Qualificação de Operadores. [S.l.]: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2018. 1. Pertinência da Resposta: A resposta deve abordar de forma direta e clara o conteúdo da queixa registrada. colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o

Nome	de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-atualizadas-0708-pdf. Acesso em: 7 jul. 2025. Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. BRASIL. Taxa de Resolutividade (TR) – Portal de Dados Abertos. Disponível em: https://dados.gov.br/dados/conjuntos-de-dados/taxa-de-resolutividade-0708-pdf . Acesso em: 7 jul. 2025.
Conceituação	Relação entre o número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período e o número total de queixas resolvidas no mesmo período.
Importância	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de forma adequada, com rapidez e eficácia, visando à melhoria e eficácia das demandas.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período. b) Denominador: Número total de queixas recebidas no mesmo período. Critérios de inclusão: ● Período de análise compatível: apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual). Critérios de Exclusão: ● Não se aplica Observações 01: ● Para o Registro de Queixas a CONTRATADA deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela CONTRATADA para resolução das queixas registradas. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de ouvidoria. ● Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual deverá ser importada no referido sistema e transmitida à SES/PE mensalmente. ● As queixas, que devem ser apresentadas na íntegra, e o tratamento dado às mesmas serão apresentados à CTAI por meio do SIMAS, sendo que a referida comissão irá avaliar a qualidade do tratamento dado, aprovando ou não os encaminhamentos dados. ● A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de aceitação das respostas às queixas registradas. ● Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexados à transmissão pelo Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência. Interpretações: CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão; SIMAS: Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais; Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado, no prazo de 20 dias corridos, prorrogáveis por mais 10 dias corridos conforme previsto na Lei Estadual 16.420/2018. A CTAI adotará os seguintes critérios para aceitação das respostas às queixas registradas: 1. Pertinência da Resposta: A resposta deve abordar de forma direta e clara o conteúdo da queixa registrada.

INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA

3.26. QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA

Nome	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.																																																																														
Conceituação	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.																																																																														
Importância	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.																																																																														
Método de Cálculo	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.																																																																														
Definição	Observação 01: ● A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir as informações no Portal de Transparência e encaminhar relatório contendo tais inserções, subsequente à prestação do serviço. ● A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, com base na normativa pertinente à matéria. As informações citadas devem ser inseridas em seu portal da transparência, com a periodicidade instituída em lei. Insta destacar que embora a postagem das informações de transparência em sítio eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral. Observação 02: ● A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES. Referências: TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 68, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 117, de 15 de dezembro de 2020. Recife: TCE/PE, 2020. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 154, de 15 de dezembro de 2021. Recife: TCE/PE, 2021. BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. <i>Diário Oficial da União</i>: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil). Recomendação n.º 07/2017. IC n.º 1.26.000.000983/2017-79. Brasília, DF, 2017. PERNAMBUCO. Secretaria da Controladoria-Geral do Estado; Secretaria de Saúde. <i>Caderno de Transparência das Organizações Sociais de Saúde</i>. Recife: SCGE/SES-PE, [s.d.]. Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência <table><tr><td>Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco SES/PE Nome da OSS que administra</td><td colspan="2">PESQUISA DE SATISFAÇÃO Sua opinião é muito importante para melhorarmos nosso atendimento!</td><td colspan="3">DATA: ____/____/____</td></tr><tr><td colspan="6">UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____</td></tr><tr><td rowspan="2">Qual sua opinião sobre o atendimento prestado, com relação aos itens listados abaixo?</td><td colspan="5">Marque com um "X" a alternativa mais próxima à sua opinião</td></tr><tr><td> ÓTIMO (5 pontos)</td><td> BOM (4 pontos)</td><td> REGULAR (3 pontos)</td><td> RUIM (2 pontos)</td><td> PESSIMO (1 ponto)</td><td>NÃO UTILIZEI</td></tr><tr><td>Instalações (Sala de Espera, Consultórios, banheiros, etc)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Limpeza Geral</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Atendimento na Recepção</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Tratamento da Segurança</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Atendimento do Médico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Atendimento da Enfermagem</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Exames Realizados</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Informações sobre Tratamento a ser seguido</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="6">Para perguntas cuja resposta seja "Não utilizei" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos</td></tr></table>	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco SES/PE Nome da OSS que administra	PESQUISA DE SATISFAÇÃO Sua opinião é muito importante para melhorarmos nosso atendimento!		DATA: ____/____/____			UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____						Qual sua opinião sobre o atendimento prestado, com relação aos itens listados abaixo?	Marque com um "X" a alternativa mais próxima à sua opinião					 ÓTIMO (5 pontos)	 BOM (4 pontos)	 REGULAR (3 pontos)	 RUIM (2 pontos)	 PESSIMO (1 ponto)	NÃO UTILIZEI	Instalações (Sala de Espera, Consultórios, banheiros, etc)						Limpeza Geral						Atendimento na Recepção						Tratamento da Segurança						Atendimento do Médico						Atendimento da Enfermagem						Exames Realizados						Informações sobre Tratamento a ser seguido						Para perguntas cuja resposta seja "Não utilizei" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos					
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco SES/PE Nome da OSS que administra	PESQUISA DE SATISFAÇÃO Sua opinião é muito importante para melhorarmos nosso atendimento!		DATA: ____/____/____																																																																												
UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____																																																																															
Qual sua opinião sobre o atendimento prestado, com relação aos itens listados abaixo?	Marque com um "X" a alternativa mais próxima à sua opinião																																																																														
	 ÓTIMO (5 pontos)	 BOM (4 pontos)	 REGULAR (3 pontos)	 RUIM (2 pontos)	 PESSIMO (1 ponto)	NÃO UTILIZEI																																																																									
Instalações (Sala de Espera, Consultórios, banheiros, etc)																																																																															
Limpeza Geral																																																																															
Atendimento na Recepção																																																																															
Tratamento da Segurança																																																																															
Atendimento do Médico																																																																															
Atendimento da Enfermagem																																																																															
Exames Realizados																																																																															
Informações sobre Tratamento a ser seguido																																																																															
Para perguntas cuja resposta seja "Não utilizei" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos																																																																															

INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE

3.27. TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.
Conceituação	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
Importância	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela CONTRATADA está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade estão em conformidade com o proposto no contrato.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente. b) Denominador: Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente. Crítérios de inclusão: ● Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc. ● Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado. Crítérios de Exclusão: ● Atividades educacionais realizadas fora do período analisado. Interpretações: No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho. Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Referências: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <i>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. MERHY, E. E. <i>Saúde: a cartografia do trabalho vivo</i>. São Paulo: Hucitec, 2002. FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B. <i>O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano</i>. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS - SES-AM. <i>Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027</i>. Disponível em: https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Gil Mendonça Brasileiro**, em 22/12/2025, às 13:33, 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 30/12/2025, às 08:45, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **78751737** e o código CRC **A2D452A9**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

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