GOVERNO DE PERNAMBUCO

19º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 015/2022 QUE ENTRE SI ESTABELECEM O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE), E O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO, QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA IBURA, NAS CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.

O **ESTADO DE PERNAMBUCO**, através da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, entidade de direito público interno, com sede na Rua Vinte e Quatro de Agosto, nº 211, Santo Amaro, Recife/PE, CEP 50.040-190, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, neste ato representado pela sua titular, 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, do outro lado, o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**, inscrito no CNPJ nº 10.583.920/0002-14, com sede na Rua Vale do Itajaí, s/nº, Ibura, Recife/PE, CEP: 51.320-180, neste ato representada por **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, doravante designada simplesmente **CONTRATADA**, têm justa e acordada a presente celebração, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir pactuadas, bem como pelas disposições da Lei Estadual nº 15.210/2013, estando instruídas com o Parecer Técnico CTAI nº 257/2026 da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI; o Parecer de Prorrogação nº 014/2026 e o Despacho nº 127 (id. 85140982 e 85309666, respectivamente), ambos da Comissão Mista de Avaliação; o Despacho nº 219 (id. 82717060) da Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão; o Despacho nº 422 (id. 85843802) da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão; e os demais documentos constantes do Processo nº 2300000302.000066/2026-11.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constituem objetos do presente Termo Aditivo a **repactuação das metas e dos indicadores** na forma estabelecida nos Anexos I, II e III deste Termo Aditivo.

1.2. As alterações supracitadas encontram fundamento no inciso X do artigo 10 da Lei nº 15.210/2013, que prevê o prazo de vigência, que não poderá ser superior a 2 (dois) anos, renovável por sucessivos períodos, até o limite máximo de 10 (dez) anos, desde que reste demonstrada a vantajosidade da medida e o atendimento das metas pactuadas nos termos do art. 15-A, e no inciso XI do artigo 10 da Lei n° 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 REVISÃO DO VALOR FINANCEIRO

2.1. Em decorrência das alterações previstas na Cláusula Primeira, o valor mensal a ser repassado à **CONTRATADA** permanece fixado em **R$ 2.243.453,04** (dois milhões, duzentos e quarenta e três mil quatrocentos e cinquenta e três reais e quatro centavos), conforme Despacho nº 450 da Gerência Administrativa Orçamentária dos Contratos de Gestão (ID. nº 94779105) , mantidas as demais condições de pagamento previstas no contrato original e em seus anexos.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA AFERIÇÃO DOS INDICADORES

3.1. Para fins de avaliação dos Indicadores Qualitativos, fica estabelecido que seus **efeitos terão início em 1º de outubro de 2026**, conforme Despacho nº 722 (ID. nº 94776784), exarado pela Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão.

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA SEXTA – DO FORO

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

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

Recife, data da assinatura digital.

ZILDA DO REGO CAVALCANTI
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE

GIL MENDONÇA BRASILEIRO
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
CONTRATADA

ANEXO TÉCNICO I DO CONTRATO

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS
CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

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

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela CONTRATADA serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações 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 de urgência e emergência (pronto atendimento), bem como as metas quantitativas e qualitativas que serão analisadas e avaliadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, para o repasse de 30% do valor global do Contrato de Gestão em seus respectivos ciclos de avaliação.

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

2. **ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

A assistência à saúde prestada nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade de Pronto Atendimento - **UPA IBURA** até sua alta, encaminhamento para outro serviço de maior complexidade ou observação clínica, conforme a necessidade da situação de urgência ou emergência. Este processo inclui todos os atendimentos e procedimentos necessários para completar o diagnóstico e as terapêuticas indicadas necessárias no âmbito de urgência e emergência:

- Manejo de possíveis agravamentos do quadro clínico do paciente durante o atendimento ou período de observação;
- Realização de tratamentos de outros problemas de saúde, além da queixa principal, quando necessário para o cuidado completo do paciente;

- Administração de medicamentos necessários durante o período de atendimento, conforme protocolos clínicos e relação de medicamentos padronizados pelo SUS;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem indispensáveis ao cuidado contínuo do paciente;
- Oferta de alimentação adequada durante o período de permanência na unidade e, quando clinicamente indicado, suporte nutricional por via enteral ou, excepcionalmente, por via parenteral, conforme avaliação clínica e disponibilidade assistencial;
- Assistência prestada por equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais de saúde, conforme a complexidade do caso;
- Realização de procedimentos sob sedação ou anestesia local, quando indicados e compatíveis com a capacidade instalada da unidade;
- Utilização de materiais e insumos descartáveis necessários à assistência;
- Garantia de permanência do paciente em área de observação com infraestrutura adequada, conforme avaliação clínica e critérios de risco;
- Em qualquer modalidade de atendimento prestado, a CONTRATADA deverá assegurar o cumprimento e a promoção dos direitos dos pacientes durante todo o processo assistencial, em conformidade com a Lei nº 15.378/2026. Para tanto, deverá garantir atendimento humanizado, respeito à dignidade, à privacidade e à confidencialidade das informações, bem como assegurar que o paciente seja adequadamente informado sobre sua condição de saúde, participe das decisões relativas ao seu cuidado, seja chamado pelo nome de sua preferência e tenha acesso às demais garantias previstas no Estatuto dos Direitos dos Pacientes;
- Garantia de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes , idosos, pessoas com deficiência e mulheres, conforme assegurado pela legislação vigente que regulamenta o SUS, incluindo: o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990); 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;
- Qualquer que seja a modalidade de atendimento na qual um usuário venha a ser assistido, a CONTRATADA deverá implementar e manter atualizados protocolos de atendimento específicos para populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, os quais devem contemplar as necessidades de pessoas com Doença Falciforme, deficiências, neurodiversidades, obesidade, pessoas LGBTQIAPN+, negras, indígenas, entre outros. Esses protocolos devem garantir acolhimento adequado, resolução eficiente das demandas e respeito à dignidade dos usuários;
- Administração de sangue e hemoderivados em situações de urgência/emergência, quando disponível e indicado, respeitando os protocolos estabelecidos;
- Realização de todos os procedimentos e condutas clínicas compatíveis com a estrutura da UPA, visando à estabilização do paciente e à definição da conduta mais adequada, com possível encaminhamento à rede hospitalar quando ultrapassada a capacidade de resolução da UPA IBURA.

2.1 PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

3. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES

A UPA IBURA deverá apresentar um volume de atendimentos anual compatível com seu porte e com os parâmetros assistenciais definidos pelo Ministério da Saúde.

3.1. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REALIZADOS

TABELA 01: Atividade Mensal - Atendimentos no Ambulatório Médico

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – AMBULATÓRIO MÉDICO													
AMBULATÓRIO	**Mês de Referência**												**TOTAL**
	1º MÊS	**2º MÊS**	**3º MÊS**	**4º MÊS**	**5º MÊS**	**6º MÊS**	**7º MÊS**	**8º MÊS**	**9º MÊS**	**10º MÊS**	**11º MÊS**	**12º MÊS**	
Atendimentos de Urgência e Emergência	**15.375**	**15.375**	**15.375**	**15.375**	**15.375**	**15.375**	**15.375**	**15.375**	**15.375**	**15.375**	**15.375**	**15.375**	**184.500**

Nota 1: A unidade deverá assegurar a manutenção de 17 (dezessete) médicos por dia, distribuídos de forma a garantir cobertura assistencial ininterrupta nas 24 (vinte e quatro) horas de funcionamento, conforme escala previamente estabelecida, com reposição imediata em caso de ausência, a fim de não comprometer a capacidade operacional e a regularidade do atendimento.

Nota 2: O critério de avaliação da meta contratual da produção monitorada pela equipe técnica assistencial dessa Diretoria será considerada cumprida quando atingir o percentual mínimo de 85% do número de atendimentos médicos/mês, do parâmetro indicado no artigo 38 da Portaria MS N° 10/2017 e cláusula prevista no Contrato de Gestão.

Nota 3: Considerando que a demanda é espontânea, na hipótese de impossibilidade por parte da CONTRATADA de cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingir as metas contratualmente fixadas, não haverá descontos nos pagamentos devidos, desde que os dados e informações que atestem a não ocorrência de demanda, enviados mensalmente pela CONTRATADA, sejam aprovados e validados pela CONTRATANTE.

Nota 4: Compete à Organização Social gestora assegurar a continuidade e a regularidade da prestação dos serviços assistenciais, mediante a adoção das providências necessárias à imediata substituição de profissionais em casos de ausência, impedimento ou desligamento, em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Lei Estadual nº 15.210/2013 e em seu regulamento, Decreto Estadual nº 58.200, vedada qualquer interrupção injustificada do atendimento à população.

Nota 5: Eventuais restrições operacionais ou suspensão parcial de plantões, quando motivadas por situações excepcionais de não conformidade assistencial devidamente caracterizadas, deverão ser formalmente justificadas pela Organização Social, acompanhadas da devida comprovação técnica e documental, e submetidas à prévia ciência e deliberação da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), nos termos da Cláusula 3.1.42 do contrato de gestão, bem como em estrita observância ao disposto na Lei Estadual nº 15.210/2013 e no Decreto Estadual nº 58.200.

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), a UPA IBURA deverá atingir mensalmente as metas definidas para os seguintes indicadores:

Quantitativos: Atendimentos de Urgência e Emergência Médico.

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:

EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL: Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes (verde, amarelo e vermelho); Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h; Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente. P**ROTOCOLO DE DOR TORÁCICA:** Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica; Tempo médio de porta–transferencia. **PROTOCOLO DE AVE:** Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE. **PROTOCOLO DE SEPSE:** Tempo Médio entre o Reconhecimento da Suspeita de Sepse e a Administração do Antibiótico. **VIGILÂNCIA DO ÓBITO:** Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h). **ATENÇÃO AO USUÁRIO:** Satisfação do usuário; Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. **TRANSPARÊNCIA:** Qualidade da publicação das informações de transparência. **EDUCAÇÃO PERMANENTE**: Taxa de execução do Plano de Educação Permanente; Taxa de Adesão do Público-Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente; Taxa de Adesão do Público-Alvo da Área Administrativa às Ações 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	**Atendimentos de Urgência e Emergência**	**15.375**

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

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE					
TIPO	INDICADOR	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes verdes.	≤ 120 min	Pontuação: 6	6	27
		> 120 min ≤ 180 min	Pontuação: 4		
		> 180 min ≤ 240 min	Pontuação: 2		
		> 240 min	Pontuação: 0		
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes amarelos.	≤ 60 min	Pontuação: 7	7	
		> 60 ≤ 120 min	Pontuação: 5		
		> 120 ≤ 180 min	Pontuação: 3		
		> 180 min	Pontuação: 0		
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes vermelhos.	Envio da Informação		5	
	Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h.	≤5%		5	
	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente.	Envio do relatório de segurança do paciente.		4	
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica.	≤10 min		7	14
	Tempo médio de porta–transferência.	<120 min para os casos de IAMCSST confirmada.		7	
PROTOCOLO AVE	Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE.	≤10 min		7	7
PROTOCOLO DE SEPSE	Tempo Médio entre o Reconhecimento da Suspeita de Sepse e a Administração do Antibiótico.	Até 60 minutos (1 hora) entre o reconhecimento da condição e a administração do antibiótico.		7	7
VIGILÂNCIA DO ÓBITO	Taxa de revisão dos óbitos	Revisão de 90% ou mais dos	Pontuação: 5	5	5

	institucionais (>=24h).	óbitos institucionais.			
		Revisão entre 80% e 89,9% dos óbitos institucionais.	Pontuação:3		
		Revisão inferior a 80% dos óbitos institucionais.	Pontuação:0		
ATENÇÃO AO USUÁRIO	Satisfação do Usuário.	Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%.	Pontuação: 6	6	12
		Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e < 90,0%.	Pontuação: 4		
		Aferir satisfação do usuário ≥ 70,0% e < 80,0%.	Pontuação: 2		
		Aferir satisfação do usuário < 70%.	Pontuação: 0		
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas.		6	
TRANSPARÊNCIA	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 7	7	7
		Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 5		
		Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 3		
		Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 1		
		Atingir o grau crítico (0% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 0		

EDUCAÇÃO PERMANENTE	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.	100,0% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 7	7	21
		90,0% a 99,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 5		
		80,0% a 89,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 3		
		70,0% a 79,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 1		
		< 70,0% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 0		
	Taxa de Adesão do Público-Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Percentual igual ou superior a 80,0% de adesão do público-alvo da equipe assistencial às ações de educação permanente.	Pontuação: 7	7	
		Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de adesão do público-alvo da equipe assistencial às ações de educação permanente.	Pontuação: 5		
		Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão do público-alvo da equipe assistencial às ações de educação permanente.	Pontuação: 3		
		Percentual menor que 60,0% de adesão do público-alvo da equipe assistencial às ações de	Pontuação: 0		

		educação permanente.			
	Taxa de Adesão do Público-Alvo da Área Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Percentual igual ou superior a 80,0% de adesão do público-alvo da equipe administrativa às ações de educação permanente.	Pontuação: 7	7	
		Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de adesão do público-alvo da equipe administrativa às ações de educação permanente.	Pontuação: 5		
		Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão do público-alvo da equipe administrativa às ações de educação permanente.	Pontuação: 3		
		Percentual menor que 60,0% de adesão do público-alvo da equipe administrativa às ações de educação permanente.	Pontuação: 0		
Total					**100**

Obs 1: No que se refere ao Índice Global de Qualidade, o primeiro trimestre de funcionamento da unidade será destinado ao monitoramento e avaliação dos indicadores, sem aplicação de penalizações financeiras, considerando-se esse período como necessário para a adaptação e consolidação das metodologias de apuração das informações que subsidiam os resultados assistenciais e gerenciais pactuados.

Quadro 03 - Indicadores Qualitativos de Acompanhamento - **Sem Valoração Financeira:**

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUALITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO		
	INDICADOR	**META**
EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL	**Tempo médio de transferência da unidade .**	**Envio da informação**
	Giro de leitos.	**Envio da informação**
	Número de atendimento por CID.	**Envio da informação**
	Taxa de transferência.	**Envio da informação**
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados exames laboratoriais.	**Envio da informação**
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados raio-x.	**Envio da informação**
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados ECG.	**Envio da informação**
	Tempo médio entre a classificação de risco e a alta médica para pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo,	**Envio da informação**

	vermelho).	
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	**Média de tempo porta-agulha para pacientes no protocolo de dor torácica.**	**Envio da informação**
PROTOCOLO AVE	**Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de AVE.**	**Envio da informação**
QUALIDADE ASSISTENCIAL	**Número de notificações compulsórias de doenças e agravos geradas na unidade.**	**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 indicado.

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

A CONTRATADA, compromete-se a encaminhar à CONTRATANTE todas as informações solicitadas, respeitando os formatos, meios e periodicidades previamente definidos por esta.

As informações mínimas obrigatórias a serem fornecidas incluem:

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 Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;

5.5 Outras informações que venham a ser definidas pela CONTRATANTE mediante comunicação formal.

5.6 Na hipótese de a CONTRATADA não atingir as metas assistenciais estabelecidas neste contrato e seus anexos, não serão aplicados descontos ou penalidades, desde que a única causa para o não cumprimento seja a ausência de demanda espontânea suficiente para alcançar os parâmetros pactuados. Nessa situação, a CONTRATADA deverá apresentar mensalmente os dados e justificativas que comprovem a insuficiência de demanda, os quais estarão sujeitos à análise, aprovação e validação pela CONTRATANTE.

5.7 Na hipótese de a CONTRATADA não atingir, em determinado trimestre, o mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) das metas assistenciais pactuadas no contrato de gestão da UPA, será formalmente notificada pela CONTRATANTE para que, nos dois trimestres subsequentes dentro do mesmo exercício orçamentário, realize a compensação da produção por meio de atendimentos assistenciais excedentes, conforme previsto no Art. 15-A da Lei Estadual nº 15.210/2013 e no Art. 37 do Decreto Estadual nº 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 compreende a 1 (uma) modalidade, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, na modalidade abaixo assinalada:

(X) Atendimento de Urgências e Emergências

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

1.2. O montante anual do orçamento econômico-financeiro destinado ao custeio com as Despesas Operacionais e Administração Central do Contrato de Gestão é de **R$ 24.460.190,64 (vinte e quatro milhões, quatrocentos e sessenta mil, cento e noventa reais e sessenta e quatro centavos)** sendo mensal de **R$ 2.038.349,22 (dois milhões, trinta e oito mil, trezentos e quarenta e nove reais e vinte e dois centavos)** e corresponde a sua modalidade de atividade assistencial.

1.3. O montante anual do orçamento econômico-financeiro das Despesas Operacionais da **UPA IBURA** para o exercício de 2026/2027 é de **R$ 23.974.284,84 (vinte e três milhões, novecentos e setenta e quatro mil, duzentos e oitenta e quatro reais e oitenta e quatro centavos)**, sendo mensal de **R$ 1.997.857,07 (um milhão, novecentos e noventa e sete mil, oitocentos e cinquenta e sete reais e sete centavos)** que corresponde a sua modalidade de atividade assistencial.

1.4. Os recursos correspondentes à Administração Central no valor mensal de R$ 40.492,15 (quarenta mil, quatrocentos e noventa e dois reais e quinze 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 n° 338 de 24 de setembro de 2020, que regulamenta o artigo 10-A da Lei Estadual n° 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$ 16.781.999,39 (dezesseis milhões, setecentos e oitenta e um mil, novecentos e noventa e nove reais e trinta e nove centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de **R$ 1.398.499,95 (um milhão, trezentos e noventa e oito mil, quatrocentos e noventa e nove reais e noventa e cinco centavos)**.

1.6.2 **20% (vinte por cento)** do valor mencionado no item 1.3 acima, ou seja, **R$ 4.794.856,97 (quatro milhões, setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e cinquenta e seis reais e noventa e sete centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R$ 399.571,41 (trezentos e noventa e nove mil, quinhentos e setenta e um reais e quarenta e um centavos)** 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, ou seja, **R$ 2.397.428,48 (dois milhões, trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e vinte e oito reais e quarenta e oito centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R$ 199.785,71 (cento e noventa e nove mil, setecentos e oitenta e cinco reais e setenta e um centavos)**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido 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), 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 pela CONTRATADA 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, a UPA IBURA 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 assistencial será avaliada com base nas quantidades estabelecidas para cada modalidade de atendimento previstas no Anexo Técnico I – Descrição dos Serviços. A variação na produção impactará proporcionalmente o valor a ser repassado à CONTRATADA, conforme a alocação dos recursos por tipo de despesa, respeitando os percentuais definidos na tabela abaixo.

Tabela 1: Tabela de Valoração Financeira do Indicador de Produção Assistencial

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R$)
Número de Atendimentos de Urgência e Emergência Realizados	Acima do volume contratado	20,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	20,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	18,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	15,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	10,0% 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:

Tabela 2: Tabela de Valoração Financeira do Índice Global de Qualidade (IGQ)

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

ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO

Os indicadores adotados estão relacionados tanto à quantidade de atendimentos realizados (produção assistencial) quanto à qualidade do cuidado prestado aos usuários da UPA IBURA. Esses indicadores avaliam aspectos essenciais da efetividade da gestão e do desempenho da unidade, permitindo o monitoramento contínuo dos resultados alcançados na atenção às urgências e emergências.

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 2026/2027 encontra-se descrito a seguir.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

Para fins de aferição e do pagamento correspondente à parte variável (30,0%) serão observados os indicadores especificados no Manual de Indicadores para a parte variável.

MANUAL DE INDICADORES – PARTE VARIÁVEL

CONTRATO DE GESTÃO

DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO

1. INTRODUÇÃO

Este documento descreve os indicadores que serão avaliados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco na análise para repasse de 30% 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.

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

2. METAS E INDICADORES

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

2.1 INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

Tem por finalidade mensurar o volume de serviços assistenciais efetivamente prestados pela unidade de saúde, constituindo instrumento para o monitoramento da execução contratual e a verificação do cumprimento da meta pactuada, com vinculação aos recursos financeiros do Contrato de Gestão, conforme critérios definidos pela contratante.

Tabela 3: Quadro Geral de Indicadores Quantitativos de Produção

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE				
TIPO	**INDICADOR DE QUANTIDADE**	**ESPECIFICAÇÃO**	**META**	**FONTE DE VERIFICAÇÃO**
Produção	**Atendimentos de urgência e emergência realizados.**	**Total de atendimentos realizados por médicos no serviço de urgência e emergência**	**Realizar 15.375 atendimentos de urgência/emergência por mês**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**

2.1.1 FICHAS TÉCNICAS DO INDICADOR QUANTITATIVO - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

2.1.1.1 ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REALIZADOS

Nome	Atendimentos de Urgência e Emergência Realizados
Conceituação	O indicador Atendimentos Médicos de Urgência e Emergência Realizados mensura a produção assistencial médica da unidade de saúde no âmbito da atenção às urgências e emergências, por meio da quantificação dos atendimentos médicos efetivamente realizados no serviço de urgência e emergência, em determinado período de referência.
Importância	O indicador Atendimentos de Urgência e Emergência é fundamental para o monitoramento da produção assistencial e da capacidade operacional da unidade de saúde, uma vez que mensura o volume de atendimentos médicos realizados na principal porta de entrada do sistema de urgência e emergência. Sua apuração permite avaliar o acesso da população aos serviços de urgência e emergência, identificando variações de demanda, sazonalidades e a adequação da oferta assistencial à capacidade instalada da unidade. Além disso, subsidia o planejamento e a organização dos fluxos assistenciais, contribuindo para a tomada de decisões gerenciais. No âmbito contratual, este indicador possui relevância estratégica, pois está diretamente vinculado à avaliação de desempenho e à execução financeira do contrato, compondo parcela do valor global pactuado. O acompanhamento sistemático do indicador assegura a transparência na mensuração da produção, reduz riscos de inconsistências e favorece o cumprimento das metas assistenciais estabelecidas. Por fim, o indicador constitui instrumento essencial para o controle, a fiscalização e a avaliação da gestão, permitindo à contratante e aos órgãos de controle verificar a efetiva prestação dos serviços contratados e a aderência da unidade às diretrizes do sistema de saúde.
Meta	Realizar **15.375 atendimentos de urgência/emergência** por mês.
Método de Cálculo	Numerador

Definição	**Numerador:** Soma do Número de atendimentos médicos de urgência e emergência realizados no período de apuração. **Critério de Inclusão:** • Atendimentos **realizados por profissional médico** no serviço de urgência e emergência da UPA; • Atendimentos médicos prestados a usuários classificados em qualquer categoria de risco (vermelho, amarelo, verde ou azul), conforme protocolos assistenciais vigentes; • Atendimentos realizados em regime de funcionamento ininterrupto (24 horas), incluindo plantões diurnos, noturnos, finais de semana e feriados; • Atendimentos devidamente registrados nos sistemas oficiais de informação adotados pela contratante. **Critério de Exclusão:** • Atendimentos não realizados por médico; • Registros duplicados, inconsistentes ou cancelados no sistema de informação; • Atendimentos administrativos, orientações gerais ou contatos sem atendimento médico efetivo; • Atendimentos realizados fora do período de referência considerado para a apuração. **Denominador:** Não se aplica, por tratar-se de indicador de quantidade absoluta (produção). **Vinculação Financeira do Indicador** O desempenho deste indicador corresponde a **até 20,0% (vinte por cento) do valor global do contrato**, com pagamento condicionado ao percentual de alcance da meta **quantitativa pactuada**, conforme regras estabelecidas no Contrato de Gestão e seus respectivos anexos. **Observações Técnicas:** •

A unidade deverá assegurar a manutenção de 17 (dezessete) médicos por dia, distribuídos de forma a garantir cobertura assistencial ininterrupta nas 24 (vinte e quatro) horas de funcionamento, conforme escala previamente estabelecida, com reposição imediata em caso de ausência, a fim de não comprometer a capacidade operacional e a regularidade do atendimento.

- A avaliação do desempenho será realizada mediante a comparação entre a produção mensal efetivamente registrada e a meta pactuada, observando os percentuais de alcance definidos contratualmente;
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações.
- Consideram-se apenas atendimentos médicos devidamente registrados nos sistemas oficiais;
- Atendimentos duplicados ou inconsistentes não devem ser computados;
- A apuração deverá respeitar os critérios contratuais vigentes.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

2.2 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: eficiência assistencial, protocolo de torácica, protocolo de AVE, protocolo de sepse, atenção ao usuário, transparência e educação permanente. O índice, com pontuação variando de 0 a 100 pontos, tem seu resultado alcançado diretamente relacionado à sistemática de pagamento do contrato de gestão, incentivando a melhoria contínua e o cumprimento das metas estabelecidas.

Segue abaixo o Quadro Geral de Indicadores de Qualidade:

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	**INDICADOR**	**ESPECIFICAÇÃO**	**META**		**FONTE DE VERIFICAÇÃO**	**PONTUAÇÃO POR INDICADOR**	**PONTUAÇÃO POR GRUPO**
EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL	**Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes verdes.**	**Monitorar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de baixo risco (cor verde).**	**≤ 120 min**	**Pontuação: 6**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**6**	**27**
			> 120 min ≤ 180 min	**Pontuação: 4**			
			> 180 min ≤ 240 min	**Pontuação: 2**			
			> 240 min	**Pontuação: 0**			
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes amarelos.	**Acompanhar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de risco moderado (cor amarela).**	**≤ 60 min**	**Pontuação: 7**	**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**7**	
			> 60 ≤ 120 min	**Pontuação: 5**			
			> 120 ≤ 180 min	**Pontuação: 3**			
			> 180 min	**Pontuação: 0**			
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes vermelhos.	**Monitorar o tempo entre a classificação de risco e o início do atendimento médico a pacientes classificados como de emergência (cor vermelha).**	**Envio da Informação**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
	Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h.	**Acompanhar a proporção de pacientes que retornam ao serviço de urgência ou emergência em até 24 horas após alta.**	**≤ 5%**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**5**	
	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente.	**Garantir que os incidentes de segurança sejam registrados, analisados e corrigidos em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).**	**Envio do Relatório de Segurança do paciente.**		**Relatório enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.**	**4**	
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	**Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica.**	**Garantir que pacientes com dor torácica tenham o eletrocardiograma realizado em tempo adequado após a chegada ao serviço de emergência.**	**≤ 10 min**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**7**	**14**
	Tempo médio de porta–transferência.	**Mensurar a eficiência do atendimento**	**< 120 min para os casos de IAMCSST confirmada**		**SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE**	**7**	

		inicial na UPA a pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de IAMCSST, considerando o tempo entre a chegada (porta) e a saída para transporte ao hospital de				
PROTOCOLO AVE	Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE.	Garantir a avaliação médica imediata ou em tempo adequado para pacientes com suspeita de acidente vascular encefálico (AVE).	≤ 10 min	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	7	7
PROTOCOLO DE SEPSE	Tempo Médio entre o Reconhecimento da Suspeita de Sepse e a Administração do Antibiótico.	Garantir a administração rápida da primeira dose de antibiótico para pacientes com sepse.	Até 60 minutos (1 hora) entre o reconhecimento da condição e a administração do antibiótico.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	7	7
VIGILÂNCIA DO ÓBITO	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (>=24h).	Revisar os óbitos que ocorreram após 24 horas de internação.	Revisão de 90,0% ou mais dos óbitos institucionais. — Pontuação: 5 Revisão entre 80,0% e 89,9% dos óbitos institucionais. — Pontuação: 3 Revisão inferior a 80,0% dos óbitos institucionais. — Pontuação: 0	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	5	5
ATENÇÃO AO USUÁRIO	Satisfação do Usuário.	Avaliar a percepção dos usuários sobre a qualidade do atendimento recebido.	Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0% — Pontuação: 6 Aferir satisfação do usuário ≥ 80,0% e < 90,0% — Pontuação: 4 Aferir satisfação do usuário ≥ 70,0% e < 80,0% — Pontuação: 2 Aferir satisfação do usuário < 70,0% — Pontuação: 0	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	6	12
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Avaliar a efetividade e a adequação das respostas fornecidas às queixas dos usuários.	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas.	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	6	

TRANSPARÊNCIA	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.	Aferição mensal de informações de transparência em consonância com normativas vigentes. .	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 7	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE	7	7
			Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 5			
			Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 3			
			Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 1			
			Atingir o grau crítico (0,00% - 25,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 0			
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.	Acompanhar a implementação das ações previstas no Plano de Educação Permanente.	100,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Pontuação: 7	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	7	21
			90,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Pontuação: 5			

		80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Pontuação: 3		
		70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Pontuação: 1		
		< 70,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.	Pontuação: 0		
Taxa de Adesão do Público-Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Avaliar o nível de engajamento da equipe assistencial (médicos, enfermeiros, demais profissionais de nível superior e de nível técnico) nas ações de educação permanente promovidas pela unidade.	Percentual igual ou superior a 80,0% de adesão do público-alvo da equipe assistencial às ações de educação permanente.	Pontuação: 7	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	7
		Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de adesão do público-alvo da equipe assistencial às ações de educação permanente.	Pontuação: 5		
		Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão do público-alvo da equipe assistencial às ações de educação permanente.	Pontuação: 3		
		Percentual menor que 60,0% de adesão do público-alvo da equipe assistencial às ações de educação permanente.	Pontuação: 0		

	Taxa de Adesão do Público-Alvo da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Monitorar o grau de participação da equipe administrativa nas ações de educação permanente promovidas pela unidade	Percentual igual ou superior a 80,0% de adesão do público-alvo da equipe administrativa às ações de educação permanente.	Pontuação: 7	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	7	
			Percentual igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0% de adesão do público-alvo da equipe administrativa às ações de educação permanente.	Pontuação: 5			
			Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão do público-alvo da equipe administrativa às ações de educação permanente.	Pontuação: 3			
			Percentual menor que 60,0% de adesão do público-alvo da equipe administrativa às ações de educação permanente.	Pontuação: 0			
Total							**100**

Vale ressaltar que, para os indicadores cuja fonte de verificação seja o SIMAS, deve ser avaliada a viabilidade de mensuração por meio desse sistema. Caso a mensuração não seja possível via SIMAS, a Secretaria Estadual de Saúde poderá indicar um método alternativo para a apuração dos resultados.

2.2.1 FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES QUALITATIVOS - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL

2.2.1.1 TEMPO MÉDIO ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O ATENDIMENTO MÉDICO PARA PACIENTES (POR GRAU DE URGÊNCIA: VERDE, AMARELO, VERMELHO)

Nome	Tempo Médio Entre a Classificação de Risco e o Atendimento Médico Para Pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho).
Conceituação	Tempo Médio entre a Classificação de Risco e o Atendimento Médico para Pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo e vermelho). O indicador permite avaliar a eficiência do fluxo assistencial e a prontidão da equipe médica nos serviços de urgência e emergência.
Importância	Esse indicador mede o tempo, em minutos, entre a classificação de risco do paciente e o início do atendimento médico em serviços de urgência. Ele avalia a agilidade do serviço e ajuda a identificar

	atrasos no fluxo assistencial. É essencial para garantir a segurança dos pacientes, especialmente os mais graves, e para monitorar o cumprimento dos protocolos de risco. Também orienta melhorias na gestão da unidade e no dimensionamento da equipe.
Meta	Verde ≤ 120 min; Amarelo ≤ 60 min; Vermelho: envio da informação
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	

Método de Cálculo

Tempo médio entre classificação de risco e atendimento médico.

Fórmula:

$$Tempo\ Médio = \frac{\sum(Tempo\ de\ espera\ em\ minutos)}{Número\ total\ de\ pacientes\ atendidos}$$

Numerador: Soma do tempo, em minutos, entre o registro da Classificação de Risco e o início do atendimento médico, estratificado por grau de urgência (vermelho, amarelo e verde).

Denominador: Número total de pacientes atendidos no período, estratificados por grau de urgência (vermelho, amarelo e verde).

Critérios de Inclusão (numerador e denominador):

- Pacientes classificados nas categorias vermelho, amarelo ou verde;
- Pacientes que realizaram classificação de risco e posteriormente receberam atendimento médico;
- Pacientes que evoluíram a óbito após atendimento médico na unidade;
- Pacientes classificados como vermelho provenientes da recepção da unidade, que passaram pelo processo regular de acolhimento com classificação de risco.

Critérios de Exclusão (numerador e denominador):

- Pacientes classificados como azul, branco ou sem classificação;
- Pacientes que abandonaram a unidade ou evadiram antes da consulta médica;
- Pacientes transferidos antes do primeiro atendimento médico;
- Pacientes que tenham sido reclassificados após permanência superior a 24 horas na unidade, uma vez que esses casos não refletem o fluxo assistencial inicial, mas sim a evolução clínica durante a permanência prolongada;
- Pacientes oriundos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Corpo de Bombeiros ou outros serviços pré-hospitalares móveis que sejam encaminhados diretamente à sala de estabilização;
- Pacientes conduzidos por familiares ou terceiros em estado crítico que receberam intervenção médica imediata antes do registro formal da classificação de risco.

Observação sobre fluxo assistencial:

Conforme estabelecido na Resolução CFM nº 2.079/2014, pacientes provenientes de serviços pré-hospitalares móveis (SAMU ou Corpo de Bombeiros) podem ser pré-classificados e encaminhados diretamente à sala de estabilização, sem necessidade de passar pelo fluxo regular de acolhimento com classificação de risco da recepção. Nessas situações, o atendimento ocorre imediatamente, não havendo tempo de espera mensurável entre classificação e consulta médica. Por esse motivo, esses casos não devem compor o cálculo deste indicador.

NOTA!

Nos casos em que pacientes chegam à unidade em estado crítico conduzidos por familiares ou terceiros, estes poderão ser encaminhados imediatamente à sala de estabilização para intervenção médica urgente, sem passagem prévia pelo fluxo regular de acolhimento com classificação de risco da recepção. Nessas situações, a classificação de risco deverá ser registrada posteriormente pela equipe assistencial, sendo atribuída, em regra, a categoria “vermelho”. Considerando que o atendimento médico ocorre de forma imediata, não há tempo de espera mensurável entre a classificação e o atendimento, razão pela qual tais casos não devem ser considerados no cálculo deste indicador.

Definição de Pacientes de Alto Risco

Consideram-se pacientes de alto risco ou máxima urgência aqueles que apresentam iminente risco de morte ou sofrimento intenso, necessitando intervenção médica imediata.

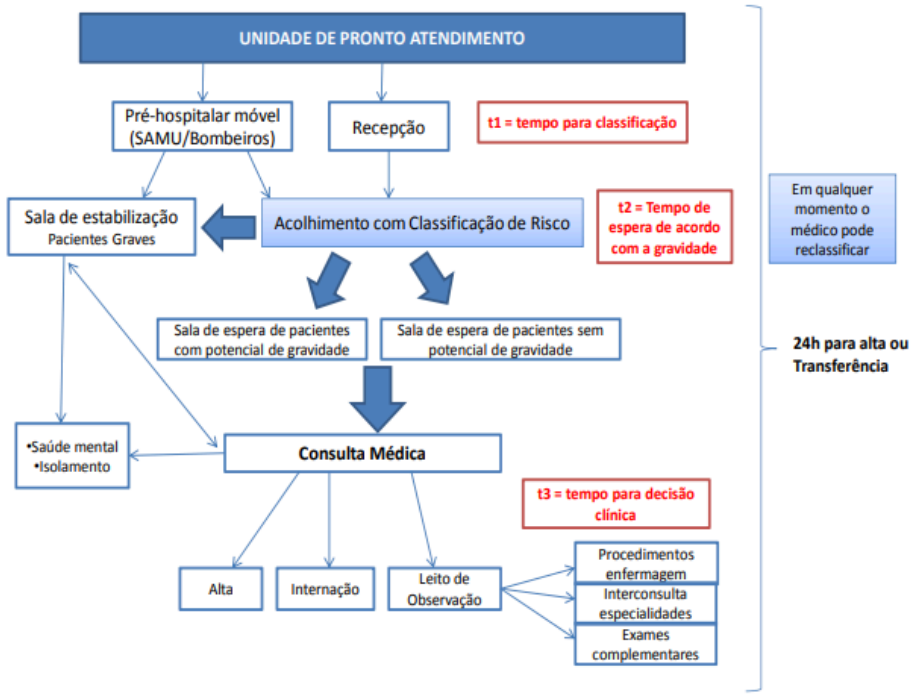
Exemplos:

- Parada cardiorrespiratória
- Infarto agudo do miocárdio com instabilidade
- AVC com rebaixamento do nível de consciência
- Politraumatismo grave
- Insuficiência respiratória grave
- Choque (séptico, cardiogênico, hemorrágico ou anafilático)
- Paciente inconsciente
- Convulsão prolongada
- Hemorragia grave

Esses pacientes são prioritariamente encaminhados à sala de estabilização, com atendimento imediato.

Pacientes classificados como Vermelho (para fins de cálculo do indicador): Serão considerados, para fins de cálculo deste indicador, os pacientes classificados como vermelho (emergência) que tenham passado pelo fluxo regular de acolhimento com classificação de risco da recepção da unidade. Nesses casos, a equipe de triagem identifica condição clínica de extrema gravidade e encaminha o paciente imediatamente para atendimento médico prioritário. Assim, integrarão o cálculo apenas os pacientes classificados como vermelho oriundos da recepção, cujo registro permita a mensuração do tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico.

Figura 1. Algoritmo de fluxo do paciente na UPA.



Fonte: Resolução CFM nº 2.079.

Observações:

- Os dados utilizados para o cálculo devem ser extraídos preferencialmente de sistemas informatizados de gestão da unidade, com registros de data e hora da classificação de risco e do início do atendimento médico.
- Na ausência de sistema informatizado, admite-se o uso de registros manuais em prontuário físico, desde que preenchidos de forma padronizada e auditável.
- É fundamental que a hora da classificação de risco e a hora do atendimento médico estejam devidamente registradas em campo específico, com base no horário real da ocorrência (não retroativo).

- Ressalta-se, ainda, que não devem ser incluídos no cálculo os pacientes que tenham sido reclassificados após permanência superior a 24 horas na unidade, uma vez que esses casos não refletem o tempo inicial de resposta assistencial, podendo gerar distorções nos indicadores de desempenho relacionados ao tempo de atendimento.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Estratificação: Classificação Verde:

FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA	INTERPRETAÇÃO GERENCIAL
≤ 120 min	Adequado	Tempo de espera compatível com baixo risco clínico; não há prejuízo à segurança do paciente.	Conformidade contratual e assistencial; indica fluxo eficiente de atendimento.
121–180 min	Atenção	Espera acima do ideal, mas ainda aceitável em situações de demanda elevada; risco clínico baixo.	Exige monitoramento do fluxo; pode sinalizar início de sobrecarga na unidade.
181–240 min	Limítrofe	Tempo de espera prolongado, que pode impactar a satisfação do usuário e gerar risco de agravamento de alguns casos verdes.	Indica necessidade de revisão do dimensionamento e organização do atendimento.
> 240 min	Inadequado	Espera excessiva; risco de evolução clínica desfavorável em pacientes inicialmente estáveis; insatisfação elevada	Não conformidade contratual; demanda ação corretiva e plano de melhoria da gestão.

Estratificação: Classificação Amarela:

FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA	INTERPRETAÇÃO GERENCIAL
≤ 60 min	Adequado	Atendimento realizado dentro do tempo recomendado para casos de urgência; reduz risco de evolução para emergência.	Conformidade contratual, demonstra boa capacidade de resposta da unidade
61–120 min	Atenção	Espera maior que o ideal, mas ainda dentro do limite tolerável em situações de alta demanda; Pode comprometer alguns quadros de urgências se não monitorado de perto.	Sinal de alerta; gestão deve avaliar causas de espera prolongada.
121–180 min	Limítrofe	Tempo de espera elevado, risco relevante de agravamento.	Indica falhas de dimensionamento de equipe/fluxo; requer plano de ajuste.
> 180 min	Inadequado	Espera excessiva para condição de urgência; risco elevado de complicações graves.	Não conformidade contratual; sujeito a apontamentos e necessidade de ação corretiva imediata

Estratificação: Classificação Vermelha:

Critério de avaliação	**Classificação**	**Interpretação Clínica**	**Interpretação Gerencial**
Envio tempestivo, completo e regular dos tempos assistenciais dos pacientes classificados como Vermelho	**Conforme:** envio realizado dentro do prazo e com os tempos requeridos. **Não conforme:**	O registro adequado das informações referentes ao atendimento dos pacientes classificados como vermelho	A conformidade no envio das informações evidencia a capacidade da unidade de manter

	ausência de envio, envio fora do prazo ou envio incompleto.	contribui para a rastreabilidade e a segurança do cuidado prestado aos pacientes que demandam atendimento imediato.	registros assistenciais completos, tempestivos e auditáveis, possibilitando o monitoramento dos atendimentos de maior prioridade clínica.

Observação:

- Para os pacientes classificados como Vermelho, deverá ser informado o tempo médio, em minutos, entre a classificação de risco e o início do atendimento médico e/ou da primeira intervenção de estabilização realizada pela equipe assistencial, conforme os registros de data e hora disponíveis.

- O envio dos tempos será objeto de aferição e valoração contratual. O tempo médio informado será utilizado para fins de monitoramento e análise dos tempos assistenciais registrados, não constituindo, neste momento, parâmetro de desempenho ou meta temporal para fins de valoração contratual.

Critério de Parametrização Automática e Excludente de Descumprimento de Metas

- Na hipótese de a produção assistencial mensal aferida superar o limite de 110% (cento e dez por cento) da meta contratualizada para os serviços de Urgência e Emergência, aplicar-se-á, de forma automática, a pontuação máxima integral ao indicador de Tempo Médio Entre a Classificação de Risco e o Atendimento Médico, segmentado por grau de urgência (Prazos de Atendimento: Verde, Amarelo e Vermelho).
- A referida condição, tipificada como superação da capacidade instalada por afluxo extraordinário de demanda (superlotação assistencial), estabelece nexo de causalidade direto na limitação da capacidade operacional da unidade. Configura-se, portanto, como evento de força maior e fator impeditivo externo involuntário ao gerenciamento da contratada, operando como excludente de responsabilidade quanto ao atingimento das metas pactuadas para o indicador de Tempo Médio de Atendimento Médico, aplicável indistintamente às classificações de risco Verde, Amarela e Vermelha.

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

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde – Qualiss: versão anterior. Rio de Janeiro: ANS, [s.d.].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Brasília, DF: CFM, 2014.

2.2.1.2 TAXA DE RETORNO PRECOCE POR MESMA QUEIXA CLÍNICA EM ATÉ 24H

Nome	**Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h**
Conceituação	Este indicador representa a proporção de pacientes que retornam à mesma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em até 24 horas após o primeiro atendimento, por persistência, agravamento ou recidiva da mesma queixa clínica. Trata-se de um retorno não programado, que pode indicar falhas na condução clínica inicial, subavaliação da gravidade, ou inadequação da conduta. Também pode refletir problemas no acolhimento, na classificação de risco ou na comunicação com o paciente.
Importância	Esse indicador é um dos instrumentos-chave para o monitoramento contínuo da qualidade assistencial. Ele permite acompanhar a performance clínica e operacional da unidade, identificando padrões de atendimento que podem comprometer a segurança do paciente ou gerar sobrecarga desnecessária ao serviço. Além disso, o acompanhamento da taxa de retornos precoces contribui para a avaliação da efetividade dos protocolos clínicos, subsidiando decisões sobre ajustes contratuais, capacitação da equipe, revisões de fluxos assistenciais. Trata-se, portanto, de um indicador estratégico para a gestão orientada por resultados e qualidade no cuidado em saúde.
Meta	≤ 5%
Método de Cálculo	Numerador / Denominador X 100
Definição	**Numerador:** Número de atendimentos de retorno realizados em até 24h após o primeiro atendimento, com mesma queixa clínica por mês. **Critérios de Inclusão:** • Pacientes que retornaram à mesma UPA em até 24 horas após o atendimento anterior. • Retornos relacionados à mesma queixa clínica, considerando o mesmo CID ou sintomatologia registrada na ficha de atendimento. • Casos identificados por vínculo entre atendimentos (ID do paciente ou prontuário), com datas e horários compatíveis. **Critérios de Exclusão:** • Retornos programados (ex.: entrega de exames, curativo, revisões agendadas); • Retornos por nova queixa não relacionada ao atendimento anterior; • Casos com registros incompletos ou sem possibilidade de associação com o atendimento anterior. **Denominador:** Total de altas clínicas concedidas no período de apuração, referentes a atendimentos de urgência e emergência realizados na unidade. **Critérios de Inclusão:** • Receberam alta clínica após avaliação médica; • Foram liberados para retorno ao domicílio; • Possuam registro completo no prontuário eletrônico ou físico, com data e hora da alta devidamente registradas. **Critérios de Exclusão:** • Transferência para outra unidade de saúde; • Óbito; • Evasão ou saída sem atendimento; • Permanência em observação prolongada sem caracterização de alta clínica no período; • Retornos programados previamente (ex.: curativo, reavaliação agendada). **Observação:** Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema

	de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência:** BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jan. 2017..

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

Nome	**Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente**
Conceituação	Este indicador mede o cumprimento da obrigatoriedade de envio regular do Relatório de Segurança do Paciente, conforme estabelecido pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS nº 529/2013 e regulamentado pela RDC nº 36/2013 da Anvisa.
Importância	O indicador fortalece a cultura de segurança do paciente ao institucionalizar práticas de vigilância e prevenção de riscos assistenciais. Além disso, garante a transparência na gestão dos eventos adversos, contribuindo para a responsabilização e para a melhoria contínua da qualidade do cuidado. Também subsidia a tomada de decisão por parte de gestores e profissionais, ao permitir análises periódicas de falhas e não conformidades. Cumpre ainda exigência normativa da Anvisa, sendo fundamental para a manutenção da regularidade sanitária das instituições de saúde. Por fim, funciona como instrumento de monitoramento institucional e contratual, podendo compor o quadro de indicadores dos contratos de gestão e das auditorias do SUS.
Meta	Envio do relatório de segurança do paciente.
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; • Nos casos de evasão, deverão ser contabilizados exclusivamente os eventos em que o paciente se evadiu após a realização de atendimento médico, não sendo considerados aqueles ocorridos após a triagem, sem que tenha havido atendimento médico; • 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; • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS)

	deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência da meta:** BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília – DF, [S. l.], p. 1-42, 1 jan. 2024.

INDICADORES RELACIONADOS AO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

2.2.1.4 MÉDIA DE TEMPO PORTA-ECG PARA PACIENTES NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

Nome	**Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica**
Conceituação	Mede o tempo médio, em minutos, entre o primeiro contato do paciente com profissional de saúde na unidade de urgência e emergência (habitualmente realizado na triagem ou classificação de risco) e a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG) em pacientes com dor torácica ou sintomas equivalentes atendidos no protocolo de dor torácica.
Importância	O tempo entre a chegada do paciente com dor torácica e a realização do eletrocardiograma constitui um dos principais indicadores de qualidade no atendimento às síndromes coronarianas agudas (SCA). A realização precoce do ECG permite a identificação rápida de alterações compatíveis com isquemia miocárdica, possibilitando diagnóstico oportuno e definição imediata da conduta terapêutica, fatores essenciais para redução da mortalidade e das complicações associadas ao infarto agudo do miocárdio. De acordo com a Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência (2025), recomenda-se que o **ECG seja realizado em até 10 minutos** após o primeiro contato do paciente com profissional de saúde. Nesse contexto, o monitoramento do tempo porta-ECG reflete diretamente a eficiência dos fluxos assistenciais, a organização do atendimento na unidade de urgência e a capacidade de resposta da equipe multiprofissional. A utilização desse indicador em contratos de gestão contribui para o acompanhamento do desempenho assistencial, fortalecimento da cultura de qualidade e alinhamento das práticas institucionais às diretrizes clínicas nacionais, promovendo maior segurança ao paciente e melhor desempenho do sistema de atenção às urgências.
Meta	≤ 10 minutos
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	**Fórmula:** $$\text{Média Porta-ECG} = \frac{\sum(\text{tempo entre início da triagem e realização do ECG})}{\text{número de pacientes incluídos}}$$ **Numerador:** Somatório dos tempos, em minutos, entre o primeiro contato do paciente com profissional de saúde (habitualmente na triagem) e a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG). **Critérios de Inclusão:** • Pacientes com protocolo de Dor Torácica aberto no atendimento de urgência/emergência. • Pacientes que realizaram eletrocardiograma (ECG) na admissão, relacionado à investigação da dor torácica. • Pacientes nos quais seja possível identificar os dois horários necessários para o cálculo do tempo, sendo: 1. horário do início da triagem ou classificação de risco; 2. horário de realização do ECG registrado no aparelho ou sistema. • Pacientes cujo ECG foi realizado durante o atendimento inicial, como parte do protocolo assistencial. **Critérios de Exclusão:** • ECG realizado tardiamente por outro motivo que não a dor torácica;

- Falta de registro de horário de chegada ou horário do ECG.

Denominador: Todos os pacientes elegíveis para o protocolo de dor torácica, no período de avaliação (conforme critérios do protocolo).

Critérios de Inclusão:

- Todos os pacientes atendidos na unidade de urgência/emergência com dor torácica ou sintomas equivalentes, elegíveis para abertura do protocolo de dor torácica, conforme critérios definidos no protocolo clínico vigente da unidade.

Critérios de Exclusão:

- Pacientes admitidos na UPA com eletrocardiograma já realizado no atendimento pré-hospitalar ou em unidade de origem, quando não houver necessidade de repetição imediata do exame na admissão;
- Dor torácica de origem claramente não cardíaca (ex: trauma torácico, herpes zoster visível).

Base Normativa: Diretriz Brasileira de Dor Torácica – 2025 (MS/SBC)

- O termo First Medical Contact (FMC) refere-se ao primeiro contato do paciente com um profissional ou serviço de saúde. No contexto da unidade de emergência, esse primeiro atendimento pode ser realizado tanto por profissional médico quanto por outro profissional de saúde, como o enfermeiro responsável pela triagem.
- O ECG é uma ferramenta diagnóstica amplamente disponível, de baixo custo e de fácil interpretação local (e até mesmo à distância), possibilitando seu uso em diversos sistemas de atendimento em saúde.
- Conforme a Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025 (Ministério da Saúde/SBC), recomenda-se que todo paciente com dor torácica ou sintoma equivalente de início agudo realize eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos a contar do início da triagem, com avaliação imediata pelo médico e incorporação do resultado à Classificação de Risco.

Nota:

- Tempo porta: um método muito utilizado é o do FMC como tempo "porta", ou seja, o primeiro contato com um profissional da área da saúde (habitualmente este atendimento inicial ocorre na triagem do PS).
- A diretriz ressalta que os termos "dor típica" e "dor atípica" não devem mais ser utilizados, por induzirem a interpretações equivocadas. A abordagem atual propõe a classificação dos sintomas em: Altamente suspeitos de síndrome coronariana aguda (por exemplo, dor isquêmica cardíaca); Moderadamente suspeitos (por exemplo, dor possivelmente isquêmica cardíaca) e sintoma pouco ou nada suspeitos (por exemplo, dor torácica não cardíaca).
- Portanto, a diretriz é clara: não se deve esperar caracterizar se a dor é "típica" ou "atípica" para decidir pela realização do ECG, que deve ser sempre realizado em até 10 minutos.

CRITÉRIOS ROTINEIROS PARA ABERTURA DO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

	Classe de recomendação	Nível de evidência
Qualquer dor ATUAL (vigente na admissão) entre a cicatriz umbilical e a mandíbula.	I	C
Qualquer dor torácica que tenha durado mais de 10 minutos (mesmo que ausente na admissão).	I	C

*Esses critérios rotineiros apresentam foco no reconhecimento de síndrome coronariana aguda com oclusão coronária e, portanto, com potencial benefício para terapia de reperfusão, além de diagnósticos de risco de letalidade (por exemplo, dissecção aguda de aorta).

	Classe de recomendação	Nível de evidência
Paciente assintomático na admissão, mas que apresenta relato de queixa de desconforto epigástrico ou dor em braços ou mandíbula antes da entrada no pronto-socorro.	IIa	C

Equivalentes isquêmicos (por exemplo: dispneia, diaforese e/ou PAS < 90 mmHg) em pacientes acima dos 50 anos de idade e/ou com histórico de diabetes ou doença cardiovascular conhecida (por exemplo, história de infarto, angioplastia e acidente vascular cerebral).	IIa	C
Solicitação após avaliação médica, na ausência dos critérios acima (suspeita médica de síndrome coronariana aguda ou de outras condições potencialmente fatais, como dissecção de aorta).	IIa	C

Fonte: Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025.

- **ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR:**

O atendimento pré-hospitalar desempenha papel fundamental na identificação precoce das síndromes coronarianas agudas e de outras condições graves. As diretrizes brasileiras recomendam abordagem imediata, com ênfase no reconhecimento rápido dos sintomas, na realização e interpretação célere do eletrocardiograma (ECG), no início precoce das medidas terapêuticas indicadas e no encaminhamento regulado para unidade de referência, preferencialmente em centros com capacidade de reperfusão.

A adoção dessas ações contribui para a redução de atrasos diagnósticos e para a melhoria dos desfechos clínicos dos pacientes. Idealmente, o indicador deve considerar o tempo até a interpretação (laudo) do ECG pelo médico. Entretanto, como esse registro nem sempre está disponível nos sistemas de informação, pode-se utilizar como referência o horário de realização do exame registrado no aparelho de ECG.Para tanto, é necessário que o relógio do equipamento esteja corretamente ajustado, com verificação periódica realizada pela enfermagem e pela engenharia clínica.

Adicionalmente, o exame deve ser imediatamente encaminhado ao médico para interpretação, uma vez que a realização precoce do ECG somente traz benefício clínico quando acompanhada de análise médica imediata.

Critérios Gerais de Elegibilidade para o Protocolo de Dor Torácica:

Todos os pacientes atendidos com origem domiciliar ou transferidos de outros serviços de saúde, que tenham história de dor torácica, ou sintoma equivalente, de início agudo, são elegíveis para o protocolo de dor torácica.

Observações :

- Nos casos em que o eletrocardiograma (ECG) for realizado antes da formalização da triagem/classificação de risco, em razão de priorização clínica imediata do paciente, podendo ocasionar resultado negativo no cálculo do tempo porta-ECG, a unidade deverá sinalizar e justificar a ocorrência no Relatório Assistencial mensal, informando quantitativo de casos e descrição sucinta da situação operacional identificada;
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações.

Referência:

BARUZZI, Antonio Cláudio do Amaral; STEFANINI, Edson; PISPICO, Agnaldo. Infarto agudo do miocárdio com supra de ST: trombólise em qualquer local que a medicação esteja disponível. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP), São Paulo, v. 28, n. 4, p. 409-420, out./dez. 2018.

DE BARROS E SILVA, Pedro Gabriel Melo; SOEIRO, Alexandre de Matos; ORNELAS, Carlos Eduardo; FEITOSA-FILHO, Gilson Soares; LOPES, Renato D.; LINO, Danielli Oliveira da Costa; et al. Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 122, n. 9, p. e20250620, 2025. DOI: 10.36660/abc.20250620.

2.2.1.5 TEMPO MÉDIO DE PORTA–TRANSFERÊNCIA

Nome	**Tempo médio de porta–transferência**

Conceituação	Este indicador mede o tempo médio, em minutos, entre o início da triagem do paciente na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a sua transferência para hospital de referência com capacidade de hemodinâmica, nos casos em que seja confirmado o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST).O indicador contempla o intervalo correspondente às etapas iniciais de atendimento na UPA, incluindo triagem, realização e interpretação do eletrocardiograma, confirmação diagnóstica, estabilização clínica inicial, administração das medicações indicadas e a transferência do paciente para hospital de referência, com capacidade para realização de angioplastia primária.
Importância	O tempo decorrido entre a chegada do paciente à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e sua transferência para um serviço de referência com capacidade para realização de angioplastia primária constitui um dos principais determinantes da efetividade do tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST). A redução desse intervalo está diretamente associada à diminuição da mortalidade, da extensão da lesão miocárdica, da ocorrência de complicações cardiovasculares e do tempo de internação. O monitoramento deste indicador permite avaliar a eficiência do processo assistencial na UPA, identificando possíveis atrasos nas etapas de acolhimento, classificação de risco, realização e interpretação do eletrocardiograma, confirmação diagnóstica, estabilização clínica inicial e articulação da transferência para o hospital de referência. Dessa forma, subsidia a implementação de ações de melhoria contínua, o fortalecimento da integração entre os pontos da Rede de Atenção às Urgências e a qualificação da linha de cuidado das síndromes coronarianas agudas. As diretrizes nacionais e internacionais recomendam que pacientes com IAMCSST sejam submetidos à intervenção coronária percutânea primária em tempo oportuno, sendo preconizado que o intervalo entre o primeiro contato com o serviço de saúde e a reperfusão seja o menor possível. Quando o tratamento depende de transferência inter-hospitalar, a agilidade desse processo torna-se um componente essencial para o alcance dos tempos recomendados e para a melhoria dos desfechos clínicos.
Meta	< 120 minutos
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	**Fórmula de Cálculo** **Tempo Médio Porta–Transferência (minutos) =** $$\frac{\sum(\text{Tempo entre triagem e transferência de cada paciente com IAMCSST})}{\text{Número total de pacientes com IAMCSST transferidos no período}}$$ **Numerador:** Soma do tempo, em minutos, entre o início da triagem na UPA e o momento da transferência do paciente para hospital de referência com capacidade de hemodinâmica, considerando todos os pacientes com diagnóstico confirmado de IAMCSST no período avaliado. **Denominador:** Número total de pacientes com diagnóstico confirmado de IAMCSST que foram transferidos para hospital de referência no período de avaliação. **Critérios de Inclusão (numerador/denominador) :** • Pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com diagnóstico confirmado de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST); • Pacientes com indicação de transferência para hospital de referência com serviço de hemodinâmica para realização de angioplastia primária. **Critérios de Exclusão (numerador/denominador)**: • Pacientes com dor torácica ou suspeita de síndrome coronariana aguda sem confirmação diagnóstica de IAMCSST; • Pacientes diagnosticados com IAM sem supradesnível do segmento ST (IAMSSST) ou angina instável; • Pacientes que evoluíram a óbito na UPA antes da transferência; • Pacientes que recusaram transferência ou cuja remoção não foi realizada por decisão clínica documentada. Exemplo de cálculo: PACIENTES | TEMPO (minutos) Paciente 1 | 110 minutos na UPA Paciente 2 | 95 minutos na UPA

Paciente 3	120 minutos na UPA

Numerador: 110+95+120 = 325 min

Denominador: 3 pacientes

Tempo Médio de Porta-Saída: 325 ÷ 3 = 108,3 min

Meta para esse indicador = < 120 min

Observação:

- Pacientes com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda - SCA devem ser imediatamente avaliados por médicos capacitados;
- Nos casos em que houver indisponibilidade de ambulância, deverá ser considerado, para fins de contabilização do tempo, o horário do acionamento da solicitação ao SAMU em substituição ao horário de saída.

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO NA UPA DIANTE DE PACIENTES COM DOR TORÁCICA SUGESTIVA DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA)

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), diante de pacientes com queixa de dor torácica, deve adotar conduta imediata conforme protocolos clínicos e diretrizes vigentes, visando diagnóstico rápido, estabilização inicial e encaminhamento ágil para unidade hospitalar de referência.

As ações incluem:

- Identificação e acolhimento imediato do paciente com dor torácica na unidade de urgência e emergência, com priorização clínica e início imediato da avaliação assistencial.
- Realização do eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos após a chegada, visando a identificação precoce de Síndrome Coronariana Aguda, especialmente infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST).
- Monitorização contínua dos sinais vitais, avaliação clínica detalhada e estratificação inicial do risco cardiovascular.
- Instituição imediata das medidas de estabilização clínica, incluindo suporte ventilatório, monitorização cardíaca e demais intervenções necessárias conforme o estado clínico do paciente.
- Administração das medicações preconizadas em protocolo para síndrome coronariana aguda, incluindo dupla antiagregação plaquetária, caracterizada pela associação de ácido acetilsalicílico (aspirina) com um inibidor do receptor P2Y12 — podendo ser clopidogrel, ticagrelor ou prasugrel — conforme avaliação clínica e protocolo institucional (Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo, 2018).
- Comunicação imediata com a Central de Regulação para solicitação de vaga e definição da unidade hospitalar de referência com capacidade para tratamento definitivo, preferencialmente com laboratório de hemodinâmica.
- Preparação e instalação adequada do paciente na ambulância de suporte avançado, assegurando monitorização contínua, estabilidade clínica e segurança durante o transporte.
- Encaminhamento do paciente para hospital de referência com capacidade de hemodinâmica, visando realização de reperfusão miocárdica por angioplastia primária ou estratégia fármaco-invasiva, conforme disponibilidade e tempo de transferência.
- Durante todo o período de permanência na unidade de urgência e emergência, devem ser mantidos os cuidados assistenciais necessários, com monitorização contínua e suporte clínico adequado, garantindo a segurança do paciente até o momento da transferência para o serviço de referência.

Assim, compete à UPA realizar o diagnóstico inicial, a estabilização clínica e a administração de medicações conforme protocolos, bem como providenciar o acolhimento do paciente na ambulância disponível na unidade ou SAMU, em tempo hábil, não sendo sua atribuição a realização de terapias definitivas, como angioplastia ou cateterismo cardíaco.

Observação:

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

Referência:

	BARUZZI, Antonio Cláudio do Amaral; STEFANINI, Edson; PISPICO, Agnaldo. Infarto agudo do miocárdio com supra de ST: trombólise em qualquer local que a medicação esteja disponível. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP), São Paulo, v. 28, n. 4, p. 409-420, out./dez. 2018. DE BARROS E SILVA, Pedro Gabriel Melo; SOEIRO, Alexandre de Matos; ORNELAS, Carlos Eduardo; FEITOSA-FILHO, Gilson Soares; LOPES, Renato D.; LINO, Danielli Oliveira da Costa; et al. Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 122, n. 9, p. e20250620, 2025. DOI: 10.36660/abc.20250620. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG. Protocolo clínico: síndromes coronarianas agudas. [S.l.]: UFMG, 2023. p. 1–46. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Cardiologia Clínica. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST – 2021. [S.l.]: SBC, 2021. p. 1–84.

INDICADOR RELACIONADO AO PROTOCOLO AVE

2.2.1.6 MÉDIA DE TEMPO ENTRE A ADMISSÃO E A AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL DE PACIENTES COM SUSPEITA DE AVE

Nome	**Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE).**
Conceituação	Este indicador mede o tempo médio, em minutos, entre o horário oficial de admissão do paciente na unidade de saúde (ou seja, o registro de entrada documentado no sistema institucional como hora de admissão administrativa ou clínica) e o momento da primeira avaliação médica formal registrada em prontuário nos casos com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE).
Importância	É utilizado para monitorar a agilidade na triagem e atendimento inicial, essencial para garantir a efetividade da linha de cuidado ao AVE, principalmente nos casos isquêmicos em que há janela terapêutica limitada para trombólise. O AVE é uma emergência médica tempo-dependente, na qual a agilidade no diagnóstico e no início do tratamento está diretamente associada a melhores desfechos clínicos, com maior chance de recuperação funcional e redução do risco de sequelas ou óbito. Nesse contexto, a média de tempo entre a admissão do paciente na unidade de saúde e a realização da avaliação médica inicial constitui um indicador estratégico para aferir a eficiência do fluxo de atendimento em situações de urgência neurológica. Este indicador contribui para a qualificação da assistência prestada e para o fortalecimento da segurança do paciente.
Meta	≤ 10 min
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	**Numerador:** Soma dos tempos (em minutos) entre a admissão e a primeira avaliação médica formal de todos os pacientes com suspeita de AVE que receberam avaliação médica. **Critérios de Inclusão:** • Pacientes admitidos com suspeita de AVE (isquêmico, hemorrágico ou indeterminado); • Casos com registro válido de horário de admissão e horário de avaliação médica; • Atendimento realizado em ambiente de urgência/emergência ou porta de entrada da unidade hospitalar. • Casos de primeiro atendimento (não retornos) **Critérios de Exclusão:** • Casos sem avaliação médica registrada. • Dados ausentes ou inconsistentes (ex.: horários inexistentes ou incompatíveis). • Transferência, evasão ou óbito antes da avaliação médica. • Suspeita de AVE descartada antes da avaliação médica.

Denominador: Total de pacientes com suspeita de AVE que receberam avaliação médica inicial registrada em prontuário.

Critérios de Inclusão:

- Os mesmos critérios listados no numerador.

Critérios de Exclusão:

- Os mesmos critérios listados no numerador.

Observações metodológicas:

- O tempo deve ser calculado em minutos;
- Considerar o horário exato do registro de chegada (admissão) e o horário da primeira avaliação médica documentada;
- O horário deve ser extraído de sistemas informatizados com registro automático, sempre que possível. Registros manuais devem ser auditáveis;
- A análise pode ser feita mensalmente ou por turno, conforme o fluxo assistencial da unidade.

Definições clínicas :

AVC Isquêmico (AVCI) - É déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, causada pela lesão de uma região cerebral decorrente da redução local da oferta de oxigênio, em razão do comprometimento do fluxo sanguíneo tecidual (isquemia).

AVC hemorrágico (AVCH) - É o déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e de rápida evolução, causada pela lesão de uma região cerebral decorrente de hemorragia intracerebral não-traumática espontânea. A cefaleia súbita de forte intensidade geralmente está associada a Hemorragia Subaracnoide espontânea aneurismática, constituindo entidade à parte, com prognóstico e tratamento diversos.

Observação:

- A contratada deverá assegurar que o tempo médio entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE seja igual ou inferior a 10 (dez) minutos, conforme diretrizes clínicas e protocolos assistenciais vigentes.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações

Observação 02:
Situações Especiais em UPA - Classificação de risco antes do cadastro:

Quando a classificação de risco ocorre antes do cadastro na recepção, o horário da classificação NÃO deve ser utilizado como horário de admissão.

Regra: o tempo do indicador deve iniciar no primeiro registro oficial e auditável, que é o horário de cadastro/acolhimento na recepção.

Motivo: a classificação de risco pode ocorrer sem registro eletrônico padronizado, enquanto o cadastro é o marco oficial de entrada da unidade, garantindo padronização e rastreabilidade.

Exemplo:

- Triagem: 10:03 (não usado)
- Cadastro na recepção: 10:12 (admissão oficial)
- Avaliação médica: 10:20

Cálculo correto: 10:20 – 10:12 = 8 minutos

Referência:

BRASIL. Diretrizes Brasileiras para o Manejo do AVC Isquêmico Agudo. 2019–2022

HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCOR. Protocolo de Acidente Vascular Cerebral. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linha de Cuidado do AVC na Rede de Atenção às Urgências. Brasília.

INDICADOR RELACIONADO AO PROTOCOLO DE SEPSE

2.2.1.7 TEMPO MÉDIO ENTRE O RECONHECIMENTO DA SUSPEITA DE SEPSE E A ADMINISTRAÇÃO DO ANTIBIÓTICO

Nome	**Tempo Médio entre o Reconhecimento da Suspeita de Sepse e a Administração do Antibiótico**
Conceituação	Mede o tempo médio transcorrido entre o reconhecimento da suspeita de sepse — caracterizado pela identificação de sinais e sintomas compatíveis com a síndrome e o consequente acionamento do fluxo assistencial — e a administração da primeira dose de antibiótico ao paciente, permitindo avaliar a oportunidade da instituição da antibioticoterapia.
Importância	Avaliar a agilidade do serviço na instituição da antibioticoterapia diante da suspeita de sepse, permitindo identificar atrasos entre o reconhecimento da condição clínica e a administração do primeiro antibiótico. O monitoramento desse intervalo contribui para a melhoria da resposta assistencial, da segurança do paciente e da efetividade do manejo da sepse, favorecendo a adoção oportuna das medidas terapêuticas e a redução de desfechos clínicos desfavoráveis.
Meta	Até 60 minutos (1 hora) entre o reconhecimento da condição e a administração do antibiótico.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	**Numerador**: Soma, em minutos, dos tempos transcorridos entre o reconhecimento da suspeita e a administração do primeiro antibiótico, de todos os pacientes com choque séptico (possível, provável ou confirmado) ou com sepse provável/confirmada sem choque, incluídos no indicador no período de avaliação. **Critério de Inclusão:** Tempo individual (em minutos ou horas) entre: • Pacientes com suspeita de sepse ou choque séptico identificada durante o atendimento na unidade; • Pacientes para os quais esteja registrado o data e horário do reconhecimento da suspeita de sepse, conforme registro assistencial; • Pacientes que tenham recebido primeira dose de antimicrobiano na unidade após o reconhecimento da suspeita; • Pacientes com registro do data e horário da administração do primeiro antimicrobiano; **Critério de Exclusão**: • Pacientes nos quais a hipótese de sepse tenha sido descartada antes da indicação de antibioticoterapia, por avaliação clínica que demonstre baixa probabilidade de infecção (SSC 2026, recomendação de adiar a antibioticoterapia mantendo monitorização clínica); • Pacientes transferidos para outra unidade antes da decisão pela antibioticoterapia, quando a unidade avaliada não tiver sido responsável pela indicação e administração do antimicrobiano; • Pacientes em cuidados exclusivamente paliativos, quando houver decisão formal registrada de não instituição de medidas terapêuticas para tratamento da infecção. **Denominador:** Número de pacientes incluídos. **Critérios de Inclusão:** • Pacientes com suspeita de sepse (possível, provável ou confirmada) ou choque séptico, atendidos em unidade de saúde. **Critério de Exclusão:** • Casos de sepse não reconhecida inicialmente (protocolo não acionado). • Pacientes transferidos de outras unidades onde já haviam recebido antibiótico.

	• Casos pediátricos (se o protocolo for específico para adultos). • Pacientes com diretiva de cuidados paliativos exclusivos no momento da admissão. **Observações Técnicas (UPA – Urgência e Emergência) - Fluxo assistencial:** Nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os protocolos de sepse seguem a lógica de divisão de responsabilidades entre os profissionais: • **EQUIPE DE TRIAGEM/ENFERMAGEM:** identificar precocemente sinais de alerta, aplicar escalas de rastreio (qSOFA, NEWS, MEWS, entre outras), registrar a suspeita de sepse E ACIONAR IMEDIATAMENTE O MÉDICO; • **MÉDICO PLANTONISTA:** avaliar o paciente, confirmar ou descartar a suspeita clínica, solicitar exames, definir a conduta terapêutica e é o responsável por formalizar a abertura do protocolo de sepse. Segundo o Instituto Latino-Americano da Sepse (ILAS), toda a equipe deve ser treinada para reconhecer os sinais precoces da síndrome. Contudo, nas UPAs e demais serviços de urgência e emergência, a abertura oficial do protocolo de sepse é atribuição médica, em razão da necessidade de decisão diagnóstica e prescrição de antibióticos e fluidos. **Observação:** Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência:** HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCOR. Protocolo sepse. [S.l.]: Associação Beneficente Síria – HCor, 1 maio 2024. p. 1–32. LIMA, A. P. S.; NANGINO, G. O.; SOARES, F. F. R.; XAVIER, J. C.; MARTINS, M. C.; LEITE, A. S. Classificação de risco e tempo porta-antibiótico no paciente com suspeita de sepse. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 31, e4065, 2023. DOI: 10.1590/1518-8345.6635.4065. PRESCOTT, Hallie C. et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2026. Intensive Care Medicine, v. 52, p. 863–936, 2026.

VIGILÂNCIA DO ÓBITO

2.2.1.8 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 do paciente em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 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 permanência na UPA 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 nas UPAs.
Importância	O indicador busca certificar que os óbitos ocorridos em UPAs sejam revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, garantindo maior qualidade ao processo assistencial. Trata-se de um indicador essencial para avaliar a qualidade e a segurança dos serviços prestados em Unidades de Pronto Atendimento, especialmente considerando pacientes em observação por tempo prolongado.
Meta	Revisão de 90% ou mais dos óbitos institucionais.

Método de Cálculo	Numerador/ denominador x 100
Definição	**Numerador:** Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão do paciente na UPA (óbitos institucionais) revisados, no mês. **Denominador:** Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão do paciente na UPA (óbitos institucionais), em um mês. **Critérios de Inclusão (numerador/denominador):** • Apenas óbitos ocorridos dentro da UPA. • Pacientes que permaneceram em observação/atendimento na unidade por ≥24 horas. **Critérios de Exclusão (numerador/denominador):** • Óbitos com menos de 24h de permanência em observação na UPA. • Pacientes transferidos para outra instituição, com evolução final fora da UPA. **Público-alvo:** Pacientes admitidos em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e mantidos em observação. **Observações:** • O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente na UPA, incluindo o período em observação. • A apresentação mensal de resultados deve incluir relatório total dos óbitos, detalhando quantos e quais destes foram revisados pela comissão de prontuário e análises de óbitos. • A revisão de óbito é o processo rotineiro e sistemático de avaliação dos óbitos ocorridos na unidade, com o objetivo de verificar se as informações estão completas, se os protocolos assistenciais foram seguidos e se há necessidade de ações corretivas ou de melhoria. • Esses dados devem ser encaminhados mensalmente à Secretaria de Saúde municipal ou estadual (conforme pactuação), anexados à transmissão pelo sistema de monitoramento vigente, garantindo rastreabilidade, transparência e cumprimento das diretrizes de humanização da assistência. **Referência da Meta:** BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. E-EFT-02. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1–7.

INDICADORES RELACIONADOS À ATENÇÃO AO USUÁRIO

2.2.1.9 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 na unidade, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
Importância	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
Meta	Aferir satisfação do usuário ≥ 90,0%
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	**Índice de Satisfação (90%):** **Numerador:** Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período.

Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.

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

Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes após o término do atendimento na unidade.

Denominador: Número total de pacientes atendidos na unidade.

Critério de inclusão (numerador/denominador) :

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

Critério de Exclusão (numerador/denominador):

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

A coleta de dados deverá ser, preferencialmente, anônima, a fim de garantir a liberdade e espontaneidade das respostas. O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10%) dos atendimentos resultará na atribuição de pontuação zero ao indicador no Índice Global de Qualidade.

Índice de Satisfação (90%):

Para que a meta seja atingida, o indicador deverá ser igual ou superior a 90,0% no mês. A condição necessária para que o resultado da pesquisa seja considerado positivo é que o somatório dos itens que serão avaliados seja de no mínimo 24 pontos, pontuação essa estabelecida de acordo com o modelo de pesquisa apresentado.

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:

- A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que utilizam os serviços da unidade constitui uma ferramenta essencial de gestão, permitindo identificar expectativas, detectar falhas e promover melhorias contínuas na qualidade do atendimento prestado.
- Essa avaliação será realizada por meio de Pesquisa de Satisfação Padronizada, elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e aplicada pela CONTRATADA. Para tanto, a CONTRATADA deverá disponibilizar ao público um dispositivo com interface amigável e acessível, permitindo que o próprio usuário ou acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente os sistemas informatizados utilizados.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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

UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____

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

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

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

2.2.1.10 ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS

Nome	**Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.**
Conceituação	Relação percentual entre o número de respostas às queixas consideradas adequadas e aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) e o número total de respostas às queixas efetivamente analisadas pela CTAI no período de referência.
Importância	O presente indicador tem por finalidade avaliar a qualidade, adequação e resolutividade do tratamento conferido pela CONTRATADA às queixas registradas pelos usuários, acompanhantes e colaboradores, mediante metodologia de análise por amostragem realizada pela CTAI.
Meta	Obter **índice igual ou superior a 80,0%** de aceitação das respostas às queixas analisadas pela CTAI.
Método de Cálculo	**Numerador / denominador x 100**
Definição	**Numerador:** Número de respostas às queixas analisadas pela CTAI e classificadas como aceitas, segundo os critérios estabelecidos nesta ficha técnica. **Denominador:** Número total de respostas às queixas efetivamente analisadas pela CTAI no período de referência. **Critérios de inclusão:** • Queixas registradas pela CONTRATADA que tenham sido devidamente respondidas e estejam disponíveis para análise pela CTAI no período de referência; • Registros devidamente identificados e com informações suficientes para avaliação do tratamento e da resposta apresentada; • Registros selecionados pela CTAI para análise, conforme a metodologia estabelecida nesta ficha técnica **Critérios de Exclusão:** • Não se aplica **Procedimentos para Registro, Encaminhamento e Monitoramento das Queixas** • Para o registro das queixas, a CONTRATADA deverá disponibilizar solução informatizada que permita o registro integral das manifestações, bem como das providências adotadas para seu tratamento e resolução. • Além do meio eletrônico, deverão ser disponibilizados aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade **outros canais de manifestação**, incluindo caixas de sugestão, elogio e queixa, para registro por escrito, bem

como acesso à Ouvidoria, de modo a assegurar diferentes meios para o encaminhamento das manifestações**.**

- **A CONTRATADA** deverá assegurar que **todas as queixas registradas,** independentemente do canal utilizado para seu recebimento, sejam devidamente consolidadas e alimentem matriz específica do **Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS),** contendo, no mínimo, as informações necessárias à identificação da manifestação, seu conteúdo, as providências adotadas, a resposta apresentada e a situação do tratamento da demanda.
- A matriz contendo a totalidade das queixas registradas no período deverá ser importada no SIMAS e transmitida mensalmente à SES/PE, conforme os prazos e procedimentos estabelecidos pela CONTRATANTE.
- As queixas deverão ser disponibilizadas em sua integralidade, juntamente com o respectivo tratamento e a resposta apresentada pela CONTRATADA, para fins de monitoramento e avaliação pela CTAI.
- Para fins de aferição do indicador, a CONTRATADA deverá encaminhar 100% das queixas registradas no período, cabendo à CTAI selecionar os registros que serão submetidos à análise, conforme a metodologia estabelecida nesta ficha técnica.
- A CTAI analisará até 10 (dez) respostas às queixas por período de referência, selecionadas de forma objetiva, imparcial e rastreável dentre os registros encaminhados pela CONTRATADA.
- Quando o número de queixas encaminhadas pela CONTRATADA no período for inferior a 10 (dez) registros, a CTAI analisará a totalidade das queixas disponíveis.
- Quando o número de queixas encaminhadas for igual ou superior a 10 (dez) registros, serão selecionados 10 (dez) registros para análise, preferencialmente mediante procedimento aleatório.
- A seleção dos registros deverá assegurar imparcialidade e rastreabilidade, de modo que todas as queixas integrantes do universo tenham igual possibilidade de serem selecionadas para avaliação.
- A CTAI poderá ampliar o quantitativo de registros analisados quando houver justificativa técnica relacionada à natureza, gravidade, recorrência ou relevância das queixas, visando ao aprofundamento da avaliação.
- Para cada registro selecionado, a CTAI deverá realizar a avaliação conforme os critérios estabelecidos nesta ficha técnica, classificando a resposta como “aceita” ou “não aceita”.
- O resultado do indicador será calculado exclusivamente com base nas respostas às queixas efetivamente analisadas pela CTAI.
- A meta será considerada atingida quando o resultado obtido for **igual ou superior a 80,0% de aceitação**, observados os critérios de avaliação e a metodologia de cálculo estabelecidos nesta ficha técnica.
- Os dados e documentos relacionados às queixas deverão ser encaminhados mensalmente à **Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco (SES/PE), por meio do SIMAS** ou de outra ferramenta formalmente definida pela CONTRATANTE, de modo a assegurar rastreabilidade, transparência e monitoramento sistemático do tratamento das manifestações, em consonância com as diretrizes de humanização da assistência.

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

- **Pertinência da Resposta:**

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

- **Adequação da Solução Apresentada**

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

- **Cumprimento dos Prazos**

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

- **Clareza e Linguagem Adequada**

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

- **Provas Documentais (se aplicável)**

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

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

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

Classificação da resposta

Após a análise dos critérios aplicáveis ao caso, a CTAI classificará cada resposta como:

- **Resposta Aceita: q**uando o tratamento conferido à queixa atender aos critérios aplicáveis e demonstrar adequação da resposta e das providências adotadas;
- **Resposta Não Aceita:** quando forem identificadas inadequações relevantes no tratamento da demanda, na resposta apresentada ou no cumprimento dos requisitos estabelecidos nesta ficha técnica.

Interpretações:

CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão.

SIMAS: Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais.

Queixa: Conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor (usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade) identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente.

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

Universo: totalidade das queixas registradas e encaminhadas pela CONTRATADA no período de referência.

Registros analisados: conjunto de até 10 (dez) queixas selecionadas pela CTAI dentre a totalidade das queixas encaminhadas pela CONTRATADA no período de referência. Quando o universo for inferior a 10 (dez) registros, serão analisadas todas as queixas disponíveis.

Exemplos de aplicação

Total de queixas encaminhas pela CONTRATADA	Qualidade analisada pela CTAI
3	**3**
5	**5**
8	**8**
10	**10**
30	**10**
60	**10**

Referências:

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

	BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Programa de Qualificação de Operadoras: fichas técnicas dos indicadores. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-atualizadas-0708-pdf. Acesso em: 7 jul. 2025. BRASIL. Taxa de Resolutividade (TR) – Portal de Dados Abertos. Disponível em: https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/taxa-de-resolutividade-tr. Acesso em: 7 jul. 2025.

INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA

2.2.1.11 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.
Meta	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.
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 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. • A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.

Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência

Secretaria da Saúde — GOVERNO DE PERNAMBUCO — ESTADO DE MUDANÇA

DGM CG — Diretoria Geral de Monitoramento dos Contratos de Gestão

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA

UNIDADE:

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

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

LEGENDA

Nr	NÍVEL	INTERVALO %	
01	DESEJADO	100%	
02	MODERADO	75,01%	99,99%
03	INTERMEDIÁRIO	50,01%	75,00%
04	INSUFICIENTE	25,01%	50,00%
05	CRÍTICO	0,00%	25,00%
	DESEJADO		

Fundamentação Legal

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

Referências:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INDICADORES RELACIONADOS À EDUCAÇÃO PERMANENTE

2.2.1.12 TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome	**Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente**
Conceituação	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
Importância	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela CONTRATADA está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade estão em conformidade com o proposto no contrato.
Meta	100,0% das ações de educação permanente programadas para o período.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	**Numerador:** Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente. **Denominador**: Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente. **Critérios de inclusão (numerador/denominador):** • Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc. • Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado. **Critérios de Exclusão (numerador/denominador):** • Atividades educacionais realizadas fora do período analisado. **Interpretações:** No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho. Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. **Observação:** • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações **Referências:** BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Hélio Mendes; RIMOLI, J.;

	FRANCO, Túlio Batista. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55–124.

2.2.1.13 TAXA DE ADESÃO DO PÚBLICO- ALVO DAS EQUIPES (ASSISTENCIAIS E ADMINISTRATIVAS) ÀS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome	**Taxa de adesão do público - alvo das equipes (assistenciais e administrativas) às ações de educação permanente**
Conceituação	Avaliar a adesão e efetividade das ações de educação permanente voltadas às equipes (assistenciais e administrativas), medindo a proporção de profissionais que participaram de cursos de capacitação propostos pela unidade ou órgão gestor. O indicador busca promover o desenvolvimento contínuo dos profissionais, melhoria da qualidade assistencial e conformidade com diretrizes técnicas e normativas.
Importância	Este indicador é fundamental para assegurar a atualização contínua dos profissionais, melhorar os resultados assistenciais, alinhar práticas à legislação vigente e garantir que a equipe atue com segurança, qualidade e base científica. Reflete também o compromisso da OSS com a valorização profissional e a excelência nos serviços prestados.
Meta	Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador X 100
Definição	**Numerador:** Número de profissionais da unidade que participaram integralmente do(s) curso(s) proposto(s) durante o período de análise. **Denominador:** Número total de profissionais do público-alvo previstos para participação nos cursos propostos, conforme planejamento da unidade ou exigência contratual. **Critérios de Inclusão (Numerador e Denominador):** • Profissionais com vínculo ativo na unidade no período do curso. • Cursos obrigatórios ou estratégicos definidos em plano de capacitação da unidade ou órgão gestor. • Participação integral ou carga horária mínima definida (≥ 80% de presença). **Critérios de Exclusão (Numerador e Denominador):** • Profissionais afastados legalmente (férias, licenças, atestados) durante a realização do curso. • Cursos não previstos no plano de capacitação vigente ou não validados pelo gestor do contrato. **Observação 01 -** A taxa de adesão deverá ser calculada separadamente para as equipes assistencial e administrativa, utilizando a seguinte fórmula: • Equipe Assistencial: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, demais profissionais de nível superior, técnicos de enfermagem, técnicos em imobilização e demais profissionais de nível técnico. • Equipe Administrativa: profissionais das áreas de apoio administrativo, faturamento, recepção, manutenção, serviços gerais, segurança patrimonial, entre outros. **Observação 02:** • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações **Referência:**

	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

2.3 INDICADORES DE QUALIDADE - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA

Os indicadores 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 mensal enviado a CONTRATANTE, podendo servir de base para reavaliações contratuais, auditorias ou reestruturações de processos.

Seguem abaixo os indicadores sem valoração financeira:

QUADRO GERAL DE INDICADORES QUALITATIVOS DE ACOMPANHAMENTO			
TIPO	**INDICADOR**	**ESPECIFICAÇÃO**	**META**
EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL	Tempo médio de transferência da unidade	Apresentar informações sobre a média de tempo das transferências da unidade.	Envio da informação
	Giro de leitos	Apresentar as informações sobre o giro de leitos.	Envio da informação
	Número de atendimentos por CID	Apresentar as informações sobre os atendimentos por CID.	Envio da informação
	Taxa de transferência	Apresentar informações sobre as transferências da unidade.	Envio da informação
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados exames laboratoriais	Apresentar as informações sobre os dados quantitativos de exames laboratoriais que foram solicitados por atendimentos.	Envio da informação
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados raio-x	Apresentar as informações referente aos dados quantitativos de raio x solicitados aos pacientes na consulta.	Envio da informação
	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados ECG	Apresentar informações sobre a frequência de solicitação de eletrocardiograma (ECG) entre os pacientes atendidos na unidade de saúde.	Envio da informação
	Tempo médio entre a classificação de risco e a alta médica para pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho)	Apresentar as informações referente ao tempo médio entre a classificação de risco e a alta médica para pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho)	Envio da informação
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	Média de tempo porta-agulha para pacientes no protocolo de dor torácica	Apresentar o tempo médio de porta-agulha para pacientes no protocolo de dor torácica	Envio da informação
PROTOCOLO AVE	Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de AVE	Apresentar informações sobre o tempo médio entre a triagem/classificação de risco e a efetiva transferência de pacientes atendidos sob protocolo de Acidente Vascular Encefálico (AVE).	Envio da informação
QUALIDADE ASSISTENCIAL	Número de notificações compulsórias de doenças e agravos geradas na unidade	Apresentar informações sobre a quantidade de notificações compulsórias de doenças e agravos realizadas pela unidade de saúde.	Envio da informação

2.3.1 FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES QUALITATIVOS - SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA:

EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL

2.3.1.1. TEMPO MÉDIO DE TRANSFERÊNCIA DA UNIDADE

Nome	**Tempo médio de transferência da unidade**
Conceituação	Mede o intervalo de tempo médio decorrido entre a indicação clínica de transferência do paciente e a efetiva saída da unidade para o hospital de

	referência. O indicador avalia a eficiência do processo assistencial e logístico da unidade no encaminhamento de pacientes que necessitam de cuidados em nível de maior complexidade.
Meta	Envio da informação.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	**Fórmula do Cálculo:** Tempo Médio de Transferência (minutos) = Soma dos tempo de transferência de todos os pacientes no período / Número total de pacientes transferidos no período. **Observação:** 1. Para cada paciente transferido, calcula-se a diferença entre o horário de saída da unidade e o horário em que foi registrada a indicação de transferência. 2. Todos esses tempos são somados. 3. O valor obtido é dividido pelo número total de pacientes transferidos no período avaliado. **Numerador:** Soma dos tempo de transferência de todos os pacientes no período. **Denominador:** Número total de pacientes transferidos no período de avaliação. **Critérios de Inclusão (numerador / denominador) :** • Pacientes atendidos na unidade que tiveram indicação formal de transferência para hospital de referência; • Pacientes efetivamente transferidos durante o período de avaliação. **Critérios de Exclusão (numerador / denominador):** • Pacientes que foram a óbito antes da transferência; • Pacientes cuja transferência foi suspensa ou cancelada após decisão inicial; • Casos em que não há registro confiável dos horários de indicação ou saída. **Objetivo do Indicador** • Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a eficiência do fluxo de regulação e transferência de pacientes, garantindo que aqueles que necessitam de cuidados em outros serviços recebam atenção adequada no menor tempo possível. Ele permite identificar atrasos ou gargalos no processo de transferência, apoiar a tomada de decisões para melhoria operacional, reduzir riscos e complicações para os pacientes, e contribuir para a qualidade e segurança do atendimento na unidade. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações **Referência:** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

2.3.1.2. GIRO DE LEITOS

Nome	**Giro de leitos**
Conceituação	O Giro de Leitos mede a quantidade média de vezes que um leito da UPA é utilizado por diferentes pacientes em um período. Indica a eficiência na rotatividade e utilização dos leitos de observação da unidade.

Meta	Envio da informação.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	**Numerador:** Número de pacientes que liberaram leito no período. **Critérios de Inclusão:** • Pacientes que receberam alta da UPA; • Pacientes transferidos para outro hospital (hospital de referência); • Pacientes que faleceram no leito da UPA. **Critérios Exclusão:** • Pacientes que ainda estão em observação no leito no final do período; • Pacientes que não ocuparam leito de fato (triagem ou atendimento rápido sem leito). **Denominador:** Número de leitos disponíveis no período. **Critério de Inclusão:** • Total de leitos habilitados e operacionais da UPA durante o período avaliado. **Critérios Exclusão:** • Leitos bloqueados por manutenção ou reforma; • Leitos de uso exclusivo não contabilizados na rotatividade (ex.: leitos administrativos ou isolamentos específicos). **Objetivo do Indicador** • Para que o indicador de Giro de Leitos reflita com precisão a rotatividade dos leitos, também devem ser contabilizados os pacientes que permanecem em observação nas cadeiras ou poltronas da unidade, além dos leitos convencionais. Dessa forma, será possível medir de forma mais realista a utilização dos espaços de observação disponíveis na UPA. • Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a eficiência na utilização dos leitos da unidade, permitindo identificar a rapidez com que os pacientes recebem alta ou são transferidos e os leitos ficam disponíveis para novos atendimentos. Ele auxilia na otimização do fluxo de pacientes, no planejamento da capacidade de atendimento, na redução de tempo de espera, na melhoria da gestão hospitalar e no aumento da qualidade do cuidado, garantindo que os recursos disponíveis sejam utilizados de forma eficaz. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência:** BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de indicadores de saúde: versão 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

2.3.1.3. NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR CID

Nome	**Número de atendimentos por CID-10**
Conceituação	Este indicador expressa a quantidade de atendimentos realizados na unidade de saúde, classificados segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10), considerando os diagnósticos de maior prevalência no período analisado. O indicador permite acompanhar a demanda assistencial da UPA por tipo de diagnóstico, contribuindo para o adequado registro e monitoramento dos

	atendimentos e para a obtenção de dados confiáveis para o controle e a avaliação do desempenho da unidade.
Meta	Envio da relação dos 10 (dez) CID-10 de maior prevalência na unidade no período de referência.
Método de Cálculo	Somatório dos atendimentos agrupados por CID-10, organizados em ordem decrescente de frequência, considerando os 10 (dez) diagnósticos mais prevalentes no período.
Definição	**Definição:** Contabiliza-se a quantidade de atendimentos realizados na UPA, agrupados conforme o CID-10 principal registrado no atendimento, apresentando-se os 10 (dez) códigos de maior frequência no período de referência. **Critérios de Inclusão:** • Todos os atendimentos realizados na UPA que possuam registro de código CID-10 válido; • Atendimentos de urgência ou emergência, desde que o CID-10 esteja corretamente preenchido. **Critérios de Exclusão:** • Atendimentos sem registro de CID-10 ou com CID-10 inválido ou incompleto; • Registros duplicados ou inconsistentes no sistema. **Observações Metodológicas:** • Cada atendimento será contabilizado apenas uma vez, mesmo que haja múltiplos registros no mesmo dia. • Em caso de múltiplos diagnósticos por atendimento, será considerado o CID principal registrado pelo médico. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência:** BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de procedimentos e registro de dados em serviços de urgência e emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

2.3.1.4. TAXA DE TRANSFERÊNCIA

Nome	**Taxa de Transferência**
Conceituação	Mede a proporção de pacientes que, após atendimento ou observação, precisaram ser transferidos para outro hospital ou unidade de referência para continuidade do cuidado, internação ou atendimento especializado.
Meta	Envio da informação.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x 100
Definição	**Numerador:** Número de pacientes transferidos da UPA no período. **Critérios de Inclusão:** • Pacientes transferidos da UPA para hospital de referência ou unidade especializada; • Pacientes cuja transferência tenha sido formalmente registrada no sistema da unidade, independentemente de ocupação de leito de observação;

- Pacientes transferidos diretamente após classificação de risco, atendimento médico ou estabilização inicial, em razão da gravidade ou necessidade de suporte especializado.

Critérios Exclusão:

- Pacientes que receberam alta para domicílio;
- Pacientes que evadiram da unidade;
- Pacientes que foram a óbito na UPA;
- Transferências administrativas sem finalidade assistencial.

Denominador: Total de pacientes atendidos na UPA durante o período de referência.

Critério de Inclusão:

- Todos os pacientes atendidos na UPA durante o período de referência, independentemente de terem ocupado leito de observação.

Critérios Exclusão:

- Registros duplicados;
- Atendimentos exclusivamente administrativos sem avaliação assistencial.

Observações Metodológicas:

- Serão consideradas todas as transferências reguladas ou justificadas clinicamente para continuidade da assistência em unidade de maior complexidade;
- O indicador contempla transferências realizadas antes ou após permanência em leito de observação, considerando a dinâmica assistencial das urgências e emergências;
- Cada paciente será contabilizado apenas uma vez por atendimento;
- O indicador permite:
  - Avaliar a complexidade dos casos atendidos na UPA;
  - Monitorar a eficiência do fluxo de regulação e transferência;
  - Apoiar o planejamento de recursos assistenciais e a organização da rede de atenção à saúde.

Objetivo do Indicador

- Indicador não valorado, aferido mensalmente, com a finalidade de avaliar a eficiência e a adequação do fluxo assistencial da unidade, por meio da identificação da proporção de pacientes que necessitam de transferência para outra unidade de referência para continuidade do cuidado.
- O monitoramento possibilita analisar a complexidade clínica dos casos atendidos, bem como avaliar a efetividade do processo de estabilização, regulação e encaminhamento assistencial, garantindo acesso oportuno ao cuidado adequado conforme protocolos e fluxos estabelecidos na Rede de Atenção às Urgências.
- Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações.

Referência:

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE. Manual norteador dos indicadores assistenciais. [S.l.]: s.n., 2021.

2.3.1.5. PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS QUE SÃO SOLICITADOS EXAMES LABORATORIAIS

Nome	Percentual de pacientes atendidos que são solicitados exames laboratoriais
Conceituação	Mede a proporção de pacientes atendidos na UPA que têm exames laboratoriais solicitados durante o atendimento. Ele reflete a complexidade dos casos que

	chegam à unidade, a conduta clínica da equipe multiprofissional e a utilização de recursos diagnósticos de apoio à decisão. Esse indicador é útil para monitorar padrões de solicitação de exames, identificar demandas por exames laboratoriais e apoiar o planejamento de recursos e insumos da UPA.
Meta	Envio da informação.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador X 100
Definição	**Numerador:** Número de pacientes atendidos na UPA com exames laboratoriais solicitados. **Critérios de inclusão:** • Pacientes atendidos na UPA que tiveram pelo menos um exame laboratorial solicitado durante o atendimento; • Pacientes de todas as faixas etárias, independente do turno de atendimento; • Pacientes com atendimento iniciado e finalizado na UPA (alta, transferência ou óbito após solicitação de exame). **Critérios de exclusão:** • Pacientes que foram atendidos, mas não tiveram exames solicitados; • Pacientes que chegaram à UPA apenas para coleta de exames previamente solicitados em outra unidade; • Pacientes cujos exames solicitados foram cancelados ou não realizados por motivos administrativos ou clínicos. **Denominador:** Total de pacientes atendidos na UPA no mesmo período de análise. **Critérios de inclusão:** • Todos os pacientes que passaram pelo atendimento na UPA durante o período de análise; • Pacientes com alta, transferência ou óbito após o atendimento. **Critérios de exclusão:** • Pacientes que não completaram o atendimento, por abandono ou saída voluntária antes da avaliação clínica; • Pacientes atendidos apenas para procedimentos administrativos ou agendamentos, sem avaliação clínica. **Objetivo do Indicador** • Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a complexidade dos atendimentos, indicando a proporção de pacientes que necessitam de exames laboratoriais e refletindo a gravidade ou a complexidade dos casos atendidos na unidade. Além disso, permite monitorar a prática clínica, acompanhando se a equipe multiprofissional está solicitando exames de forma adequada, de acordo com os protocolos e condutas clínicas padronizadas. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência:** INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE. Manual norteador dos indicadores assistenciais. [S.l.]: s.n., 2021.

2.3.1.6. PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS QUE SÃO SOLICITADOS RAIO-X

Nome	**Percentual de pacientes atendidos que são solicitados raio-x**
Conceituação	Avalia a proporção de pacientes atendidos na UPA que tiveram solicitação de exame de imagem do tipo raio-X durante o atendimento. Ele reflete a complexidade dos casos atendidos, a prática clínica da equipe multiprofissional e a utilização de recursos diagnósticos para apoio à tomada de decisão. Esse indicador auxilia na gestão de recursos, planejamento de equipamentos e pessoal, além de monitorar padrões de solicitação de exames de imagem conforme protocolos clínicos.
Meta	Envio da informação.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x 100
Definição	**Numerador:** Número de pacientes atendidos na UPA com exame de raio-x solicitado. **Critérios de Inclusão:** • Pacientes atendidos na UPA que tiveram pelo menos um exame de raio-X solicitado; • Pacientes de qualquer faixa etária ou turno de atendimento; • Pacientes com atendimento completo, incluindo alta, transferência ou óbito após solicitação do exame. **Critérios de Exclusão:** • Pacientes que não tiveram exame de raio-X solicitado; • Pacientes que vieram apenas para repetição de exame já solicitado por outra unidade; • Pacientes cujos exames foram cancelados ou não realizados por motivos administrativos ou clínicos. **Denominador:** Total de pacientes atendidos na UPA no mesmo período de análise. **Critérios de Inclusão:** • Todos os pacientes atendidos na UPA durante o período de análise; • Pacientes com atendimento completo (alta, transferência ou óbito). **Critérios de Exclusão:** • Pacientes que abandonaram o atendimento ou saíram voluntariamente antes da avaliação clínica; • Pacientes atendidos apenas para procedimentos administrativos, sem avaliação clínica. **Objetivo do Indicador** • Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a complexidade dos atendimentos, permitindo identificar a proporção de pacientes que necessitam de exames de imagem e refletindo a gravidade e o perfil clínico dos casos recebidos na unidade. Além disso, possibilita monitorar a prática clínica, acompanhando se a equipe multiprofissional está solicitando exames de raio-X de forma adequada, conforme protocolos assistenciais e diretrizes clínicas. Também apoia a gestão de recursos, ao fornecer subsídios para o planejamento da demanda por exames de imagem, a organização da escala de técnicos e radiologistas e a manutenção dos equipamentos necessários. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência:** FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Termo de Referência. Rio de Janeiro, 25 set. 2023.

2.3.1.7. PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS QUE SÃO SOLICITADOS ECG

Nome	**Percentual de pacientes atendidos que são solicitados ECG**
Conceituação	Mede a proporção de pacientes atendidos na UPA que tiveram solicitação de eletrocardiograma (ECG) durante o atendimento. Ele permite avaliar a complexidade clínica dos casos recebidos, especialmente os relacionados a dor torácica, arritmias e outras condições cardiovasculares que exigem diagnóstico rápido. Além disso, auxilia no monitoramento da prática clínica da equipe multiprofissional e na gestão da demanda por exames de apoio diagnóstico, servindo como ferramenta para planejamento de recursos humanos, equipamentos e insumos.
Meta	Envio da informação.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador x 100
Definição	**Numerador:** Número de pacientes atendidos na UPA com solicitação de ECG. **Critérios de Inclusão:** • Pacientes atendidos na UPA que tiveram pelo menos um ECG solicitado durante o atendimento (independe de ter sido realizado), registrado em prontuário/sistema; • Atendimentos de todas as faixas etárias e turnos; • Casos com alta, transferência ou óbito após a solicitação do ECG; • Quando houver múltiplos ECGs no mesmo atendimento, contar apenas 1. **Critérios de Exclusão:** • Atendimentos sem solicitação de ECG; • ECG solicitado fora da UPA (pré-hospitalar ou outra unidade) apenas para coleta/laudo na UPA, sem avaliação clínica local; • Solicitações canceladas ou lançadas por erro (sem validade clínica). **Denominador:** Número total de pacientes atendidos na UPA. **Critérios de Inclusão:** • Todos os pacientes com atendimento clínico efetivo na UPA no período (classificados e avaliados por médico/enfermagem com registro de conduta); • Casos com alta, transferência ou óbito após avaliação. **Critério de Exclusão:** • Abandono/saída voluntária antes da avaliação clínica; • Óbito na chegada sem avaliação/registro clínico. **Objetivo do Indicador** • Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a complexidade clínica dos atendimentos na UPA, identificando a proporção de pacientes que necessitam de eletrocardiograma como suporte diagnóstico. Também permite monitorar a prática clínica da equipe multiprofissional, verificar a adequação da solicitação conforme protocolos, apoiar a gestão de recursos e contribuir para a qualidade e segurança do cuidado, garantindo diagnóstico oportuno e efetivo. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência:** FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Termo de Referência. Rio de Janeiro, 25 set. 2023.

2.3.1.8. TEMPO MÉDIO ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A ALTA MÉDICA PARA PACIENTES (POR GRAU DE URGÊNCIA: VERDE, AMARELO, VERMELHO)

Nome	**Tempo médio entre a classificação de risco e a alta médica para pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho)**
Conceituação	Mede o tempo médio, em minutos, entre a classificação de risco (triagem) e a alta médica do paciente, estratificado por cor de urgência (verde, amarelo, vermelho). O indicador reflete a fluidez do fluxo assistencial após a triagem, a adequação de tempos de espera/atendimento por prioridade e a eficiência do desfecho clínico na unidade.
Meta	Envio da informação.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	**Fórmula do Cálculo:** Soma de todos os tempos entre a triagem e alta dos pacientes da cor X / Número de pacientes da cor X. Como calcular (passo a passo): 1. Separar os pacientes por cor de classificação de risco: verde, amarelo ou vermelho. 2. Para cada paciente, calcular: 3. Tempo do paciente = Hora da alta médica − Hora da triagem **Exemplo:** se a triagem foi às 10:00 e a alta às 12:30 → Tempo = 150 minutos. 3. Somar todos os tempos de pacientes da mesma cor. 4. Dividir pelo número de pacientes daquela cor. **Numerador:** Soma de todos os tempos entre a triagem e alta dos pacientes da cor X. **Critérios de inclusão:** • Pacientes atendidos na UPA que tiveram triagem registrada com cor de risco (verde, amarelo ou vermelho). • Pacientes que receberam alta médica, seja alta direta, transferência ou óbito; • Pacientes com registros de horário válidos de triagem e de alta. **Critérios de exclusão:** • Pacientes que abandonaram o atendimento ou saíram voluntariamente antes da avaliação médica; • Pacientes atendidos apenas para procedimentos administrativos (p.ex., entrega de receitas, agendamento), sem avaliação clínica; • Registros incompletos ou com horários inconsistentes (hora da alta anterior à triagem, timestamp ausente); • Pacientes reclassificados incorretamente, quando não houver registro confiável da cor vigente durante o atendimento. **Denominador**: Número de pacientes da cor X. Critérios de inclusão: • Todos os pacientes contabilizados no numerador, ou seja, pacientes atendidos na UPA com triagem registrada e alta médica. **Critérios de exclusão:** • Mesmos critérios do numerador: abandonos, atendimentos administrativos, registros incompletos ou inconsistentes. **Observação:** O indicador deve ser calculado separadamente para cada cor de classificação de risco (verde, amarelo, vermelho). Objetivo do Indicador • Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a eficiência do fluxo assistencial na UPA, monitorando se os pacientes são atendidos e recebem alta dentro de um tempo adequado segundo a

	gravidade do caso, identificando gargalos, garantindo prioridade para os pacientes mais graves e subsidiando decisões de gestão e melhoria da qualidade da assistência. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência:** FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Termo de Referência. Rio de Janeiro, 25 set. 2023.

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

2.3.1.9. MÉDIA DE TEMPO PORTA-AGULHA PARA PACIENTES NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

Nome	**Média de tempo porta-agulha para pacientes no protocolo de dor torácica**
Conceituação	Mede o intervalo médio de tempo entre a chegada do paciente à unidade de saúde (tempo porta) e a administração da primeira dose do trombolítico (tempo agulha) em casos de dor torácica com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supra de ST, conforme protocolos assistenciais. Esse monitoramento permite avaliar a agilidade e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes com síndrome coronariana aguda, refletindo a capacidade da unidade em iniciar precocemente a terapêutica adequada.
Meta	Envio da informação.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	**Numerador:** Soma do tempo entre a chegada do paciente e a aplicação do trombolítico, de todos os pacientes incluídos. **Critério de Inclusão:** • Todos os pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST, atendidos na unidade e que receberam trombólise. **Critério de Exclusão:** • Pacientes que chegaram a óbito antes da administração do trombolítico ou que foram transferidos sem receber trombólise na unidade. **Denominador:** Número total de pacientes incluídos no período. **Critério de Inclusão:** • Total de pacientes elegíveis para o protocolo de dor torácica com indicação de trombólise, atendidos no período avaliado. **Critério de Exclusão:** • Pacientes com contraindicação formal à trombólise, pacientes que recusaram o procedimento e aqueles transferidos para hospital de referência sem receber trombólise na unidade. **Exemplo do Cálculo:** • Chegada: 10h00 • Aplicação do trombolítico: 10h35 • Tempo do paciente = 35 minutos • Depois, você faz isso para todos os pacientes incluídos no protocolo de dor torácica. • Por fim, você tira a média aritmética desses tempos. **Observação:** De acordo com os protocolos vigentes para a atenção às síndromes coronarianas

	agudas, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pode realizar a trombólise nos casos confirmados de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST (SUPRA). No entanto, a aplicação do trombolítico é recomendada quando não houver condições de garantir a transferência imediata do paciente para um hospital de referência com serviço de hemodinâmica. Essa impossibilidade pode decorrer de fatores como indisponibilidade de leito, ausência de ambulância, falta de maca ou qualquer outro impedimento logístico que inviabilize a realização oportuna da angioplastia primária. É importante ressaltar que, mesmo quando a trombólise é realizada e apresenta resultado clínico positivo, o paciente deve obrigatoriamente ser transferido para hospital de referência, com prazo máximo de 24 horas, a fim de dar seguimento ao cuidado especializado e avaliação para eventual necessidade de intervenção coronária percutânea. **Objetivo do Indicador** • Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a agilidade da assistência prestada aos pacientes com dor torácica e diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAM com SUPRA), mensurando o tempo médio entre a chegada à unidade (porta) e a administração do trombolítico (agulha). O objetivo é garantir que o tratamento seja iniciado de forma oportuna, em conformidade com os protocolos clínicos e diretrizes nacionais, contribuindo para a redução da mortalidade e de complicações cardiovasculares. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência:** HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCOR. Protocolo de conduta no atendimento da dor torácica. São Paulo: HCor, 2021.

PROTOCOLO AVE

2.3.1.10. MÉDIA DE TEMPO TRIAGEM-TRANSFERÊNCIA PARA PACIENTES NO PROTOCOLO DE AVE

Nome	**Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de AVE**
Conceituação	Avaliar o tempo médio decorrido entre a triagem do paciente com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE) na unidade de saúde e a efetiva transferência para hospital de referência que dispõe de serviço especializado, incluindo exames de imagem e possibilidade de intervenção (como trombólise ou neurocirurgia). O objetivo é avaliar a eficiência do fluxo de atendimento, garantindo que pacientes com AVE recebam cuidados especializados no menor tempo possível, em conformidade com protocolos clínicos e diretrizes nacionais.
Meta	Envio da informação.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	**Numerador:** Soma do tempo entre a triagem do paciente e a efetivação da transferência, de todos os pacientes incluídos. **Critérios de Inclusão:** • Pacientes com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE) atendidos na unidade e que foram efetivamente transferidos para hospital de referência; • Pacientes incluídos no protocolo de atendimento ao AVE, conforme critérios clínicos da unidade. **Critérios de Exclusão:** • Pacientes que não foram transferidos por óbito antes da transferência;

	• Pacientes com diagnóstico descartado de AVE durante a avaliação inicial. **Denominador:** Número total de pacientes incluídos no período. **Critério de Inclusão:** • Total de pacientes triados com suspeita de AVE na unidade durante o período de avaliação. **Critério de Exclusão:** • Pacientes com contraindicação para transferência (ex.: óbito imediato, recusa do paciente ou familiares). • Pacientes cujo quadro clínico não se enquadra no protocolo de AVE da unidade (ex.: sintomas já resolvidos, diagnóstico alternativo confirmado). **Objetivo do Indicador** • Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade avaliar a eficiência e a agilidade do fluxo de atendimento de pacientes com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE), desde a triagem na unidade de saúde até a efetiva transferência para hospital de referência. Ele permite identificar atrasos ou gargalos no processo de regulação e transporte, garantindo que os pacientes recebam cuidados especializados em tempo adequado, aumentando as chances de tratamento eficaz, redução de sequelas e diminuição da mortalidade associada ao AVE. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência:** BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. CONITEC, [S. l.], 2021. p. 1-120.

QUALIDADE ASSISTENCIAL

2.3.1.11. NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS DE DOENÇAS E AGRAVOS GERADAS NA UNIDADE

Nome	**Número de notificações compulsórias de doenças e agravos geradas na unidade**
Conceituação	Avalia a quantidade total de notificações compulsórias de doenças e agravos geradas pela unidade de saúde em determinado período. Ele permite monitorar a vigilância epidemiológica, garantindo que casos de doenças de notificação obrigatória sejam corretamente registrados, contribuindo para o controle, prevenção e acompanhamento de surtos e situações de risco à saúde pública.
Meta	Envio da informação.
Método de Cálculo	N=∑
Definição	N = Número de notificações compulsórias no período Somatório = Todas as notificações realizadas no sistema de vigilância (ex.: SINAN, e-SUS VE). **Numerador:** Somatório de todas as notificações realizadas no sistema de vigilância (ex.: SINAN, e-SUS VE). **Critério de Inclusão:** • Todas as notificações de doenças, agravos e eventos de saúde pública constantes na lista nacional de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4/2017 – Anexo V, atualizada); • Notificações registradas em sistemas oficiais de vigilância (ex.: SINAN, e-SUS VE, GAL, SIVEP-Gripe), independentemente da origem (atenção básica, hospitalar, UPA, pronto-atendimento);

	• Notificações realizadas dentro do período de competência avaliado (ex.: mês de referência); • Notificações confirmadas, suspeitas ou inconclusivas, desde que se enquadrem como obrigatórias pela legislação vigente. **Critério de Exclusão:** • Notificações de doenças ou agravos não listados como compulsórios; • Registros duplicados no sistema (mesmo paciente, mesmo episódio); • Casos descartados epidemiologicamente antes do envio/validação pelo serviço de vigilância. **Denominador**: Não se aplica. **Objetivo do Indicador** • Indicador não valorado, aferido mensalmente, que tem como finalidade monitorar e aprimorar a rotina de notificação da unidade, contribuindo para o controle de surtos, acompanhamento epidemiológico e tomada de decisões em saúde pública, garantindo a segurança da população e a conformidade com as normas legais de vigilância. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência. O registro das informações no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) deverá ser realizado até o 25º dia do mês subsequente, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para o envio ou validação das informações. **Referência:** BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 33, p. 39, 18 fev. 2016.

Documento assinado eletronicamente por **Gil Mendonça Brasileiro**, em 07/10/2026, às 14:22, 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 07/10/2026, às 15:56, 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 **94943254** e o código CRC **650E4F0B**.