



GOVERNO DE PERNAMBUCO

17º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2018, COM O OBJETIVO DE PRORROGAR A VIGÊNCIA E IMPLEMENTAR A REPACTUAÇÃO DAS METAS E/OU ATIVIDADES CONTRATADAS , QUE ENTRE SI ESTABELECEM O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE), E A SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER - SPCC, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO, 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, a **SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER - SPCC**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.894.988/0006-48, com endereço na Av. Doutor Pedro Jordão, nº 260, Maurício de Nassau, Caruaru/PE, CEP 55.012- 640, neste ato representada por **ISABELA CRISTINA COUTINHO DE ALBUQUERQUE NEIVA COELHO**, 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 189/2026 (id. 89685744), da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão; o Parecer de Prorrogação nº 018/2026 (id. 90808504), da Comissão Mista de Avaliação; o Despacho nº 590 (id. 91233613) da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão; e os demais documentos constantes do Processo nº 230000302.000075/2026-10.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constituem objetos do presente Termo Aditivo:

a) a **prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 002/2018 por mais 02 (dois) anos**, compreendendo o período de **20 de agosto de 2026 a 19 de agosto de 2028**;

b) 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 nº 15.210/2013, que prevê a possibilidade de repactuação das metas ou das atividades contratadas, a qualquer tempo, para sua adequação às necessidades da Administração, mediante a inclusão, exclusão e permuta dos serviços ou de seus quantitativos, assegurada a revisão dos valores financeiros de repasse ou a suplementação de verbas.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA 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\$ 1.629.602,13 (um milhão, seiscentos e vinte e nove mil seiscentos e dois reais e treze centavos)**, conforme Despacho nº 389 da Gerência Administrativa Orçamentária dos Contratos de Gestão (id. 91501582), mantidas as demais condições de pagamento previstas no contrato original e em seus anexos.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA AFERIÇÃO DOS INDICADORES E PERÍODO DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO

3.1. Para fins de avaliação dos Indicadores Qualitativos que compõem o Índice Global de Qualidade (IGQ), fica estabelecido que seus efeitos operacionais e de cobrança terão início em **1º de setembro de 2026**, conforme parâmetros do Despacho nº 642 (id. 91640893), exarado pela Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão, servindo o período anterior como transição e adaptação da unidade.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DA NOTA DE EMPENHO

4.1. Os recursos necessários ao atendimento das despesas decorrentes deste instrumento no presente exercício financeiro têm como fonte o Tesouro Estadual e correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias e notas de empenho (id. 82946160):

Fonte: 0500000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1810

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2026NE003909, de 02/02/2026

Valor da Nota de Empenho: R\$ 3.856.725,04

4.2. No(s) exercício(s) seguinte(s), as despesas correrão à conta dos recursos próprios para atender às despesas da mesma natureza, cuja alocação será feita mediante apostilamento no início de cada exercício financeiro.

CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

6.1. 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 SÉTIMA – DO FORO

7.1. 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

ISABELA CRISTINA COUTINHO DE ALBUQUERQUE NEIVA COELHO
SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER - SPCC
CONTRATADA

ANEXO TÉCNICO I DO CONTRATO

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

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

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, equipe de enfermagem e outros profissionais de nível médio e superior;
- Realização de procedimentos sob narcose;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS);
- 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;
- 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;
- Garantia de acompanhante para crianças, adolescentes, 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), o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) e a Lei nº 14.737/2023, que dispõe sobre o direito à presença de acompanhante para mulheres em estabelecimentos de saúde;

- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO**.

2.1 PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

3. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

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

3.1. SAÍDAS HOSPITALARES

TABELA 01: Análise Projetada de Saídas Hospitalares por Mês:

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SAÍDAS HOSPITALARES													
INTERNAMENTO	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de saídas hospitalares	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.440

Observação: Considerando que a demanda é regulada, na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada de cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingir as metas contratualmente fixadas, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

4. AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

Para a avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e qualitativos que estarão diretamente ligados ao pagamento da parte variável do contrato (30% do valor global do contrato), o **HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO** deverá atingir mensalmente as metas definidas para os seguintes indicadores:

Quantitativos: Número de saídas hospitalares.

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:

Assistência à saúde: Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden); Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados (por mil); Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Vigilância do Óbito:** Taxa de revisão dos óbitos institucionais ($\geq 24h$). **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.

4.1 META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS)

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

Quadro 01 - Produção Assistencial – Dados Quantitativos:

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META
Produção	Número de saídas hospitalares	120

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE					
TIPO	INDICADOR	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Qualidade da assistência à saúde	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥ 13) for igual ou inferior a 2,2%.		8	31
		A incidência de LPP no Grupo B (Braden ≤ 12) for igual ou inferior a 11,1%. (Obs: Com plano de cuidados documentado).		5	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia.	$\leq 2,2$ a cada 1.000 pacientes-dia.		9	
	Conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente.	Envio do relatório de segurança do paciente.		9	
Vigilância do Óbito	Taxa de revisão dos óbitos institucionais ($\geq 24h$).	Revisão de 90,0% ou mais dos óbitos institucionais.	Pontuação: 10	10	10
		Revisão entre 80,0% e 89,9% dos óbitos institucionais.	Pontuação: 5		
		Revisão inferior a 80,0% dos óbitos institucionais.	Pontuação: 0		
Atenção ao Usuário	Satisfação do usuário.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%.	Pontuação: 10	10	19
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%.	Pontuação: 8		
		Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%.	Pontuação: 4		
		Aferir satisfação do usuário menor que 70,0%.	Pontuação: 0		

	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas.	9	
Transparência	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.	Atingir o grau desejado (100%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 10	10
		Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 8	
		Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 4	
		Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 2	
		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.	90,0% a 100% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 10	30
		80,0% a 89,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 8	
		70,0% a 79,9% das ações de educação permanente programadas para o período..	Pontuação: 4	
		< 70,0% das ações de	Pontuação: 0	

	educação permanente programadas para o período.		
Taxa de Adesão 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: 10	10
	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: 8	
	Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente	Pontuação: 4	
	Percentual menor que 60,0% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente	Pontuação: 0	
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: 10	10
	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: 8	
	Percentual igual ou superior a 60,0% e menor	Pontuação: 4	

		que 70,0% de adesão do Público-Alvo da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.			
		Percentual menor que 60,0% de adesão do Público-Alvo da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 0		
Total					100

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

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

5. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

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

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

- 5.1. Relatórios contábeis e financeiros, de acordo com o manual de orientações contábil-financeiro;
- 5.2. Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- 5.3. Relatório de Custos;
- 5.4. Censo de origem dos pacientes atendidos;
- 5.5. Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- 5.6. Outras, a serem definidas pela CONTRATANTE.

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

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

ANEXO TÉCNICO II DO CONTRATO

SISTEMA DE PAGAMENTO

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

1. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REPASSADOS:

1.1 A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em 1 (uma) modalidade, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

(X) Internamento

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

1.2. O montante anual do orçamento econômico-financeiro do HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO para o exercício de 2026/2027 destinado ao custeio com as Despesas Operacionais e Administração Central do Contrato de Gestão é de R\$ 19.555.225,56 (dezenove milhões, quinhentos e cinquenta e cinco mil duzentos e vinte e cinco reais e cinquenta e seis centavos), sendo mensal de R\$ 1.629.602,13 (um milhão, seiscentos e vinte e nove mil seiscentos e dois reais e treze centavos), incluindo os recursos com administração central.

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

1.4. Conforme o disposto na cláusula sétima do Contrato de Gestão, as parcelas mensais de pagamento repassadas à CONTRATADA são subdivididas da seguinte forma:

1.4.1. 70% (setenta por cento) do valor mencionado no item 1.2. acima, ou seja, R\$ 13.688.657,89 (treze milhões, seiscentos e oitenta e oito mil seiscentos e cinquenta e sete reais e oitenta e nove centavos) será repassado em 12 (doze) parcelas mensais no valor de R\$ 1.140.721,49 (um milhão, cento e quarenta mil setecentos e vinte e um reais e quarenta e nove centavos).

1.4.2. 20% (vinte por cento) do valor mencionado no item 1.1.2 acima, ou seja, R\$ 3.911.045,11 (três milhões, novecentos e onze mil quarenta e cinco reais e onze centavos) serão repassados em 12 (doze) parcelas mensais, de até R\$ 325.920,43 (trezentos e vinte e cinco mil novecentos e vinte reais e quarenta e três centavos) junto a parcela fixa, sendo esse valor vinculado à avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.4.3. 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 1.1.2 acima, ou seja, R\$ 1.955.522,56 (um milhão, novecentos e cinquenta e cinco mil quinhentos e vinte e dois reais e cinquenta e seis centavos) será repassado em 12 (doze) parcelas mensais de até R\$ 162.960,21 (cento e sessenta e dois mil novecentos e sessenta reais e vinte e um centavos) , junto a parcela fixa, sendo esse valor vinculado à avaliação dos indicadores qualitativos e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

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

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

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

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

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

1.10. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas pelo CONTRATANTE através do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais ou outra solução determinada pela SES/PE, de acordo com as normas e prazos estabelecidos pela SES/PE.

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

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

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

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

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

1.16. Além das atividades de rotina, o HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da CONTRATANTE, conforme especificado no item 2 do Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

2. SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

2.1. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

A avaliação e análise das atividades Contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem e previstas no corpo deste Anexo.

2.1.1 A produção será analisada em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços, e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à CONTRATADA, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada, conforme tabela abaixo:

TABELA 01: Proporção dos indicadores e despesas especificadas

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR
Número de saídas hospitalares	Acima do volume contratado	20% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	20% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	18% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	15% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	10% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0% do valor global do contrato

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

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

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

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

ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO

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

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

A cada ano, quando houver alterações nos indicadores, será elaborado novo manual que estabelecerá todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão. O manual que subsidiará a avaliação do ano de 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%) 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

Quadro 01: Indicadores de Quantitativos com Valoração Financeira

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Produção	Número de saídas hospitalares	Total de saídas hospitalares	Atingir o quantitativo de 120 saídas hospitalares por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

2.1.1. NÚMERO DE SAÍDAS HOSPITALARES

Nome	Número de Saídas Hospitalares
Conceituação	Número total de internações encerradas no período analisado, independentemente do motivo da saída (alta hospitalar, transferência, óbito, evasão ou alta a pedido), considerando apenas internações formalmente abertas e registradas no sistema de informação hospitalar.
Importância	O indicador Número de Saídas Hospitalares constitui medida essencial da produção assistencial da unidade hospitalar, pois expressa o volume de internações efetivamente concluídas no período de apuração, independentemente do desfecho clínico ou administrativo. Trata-se de um parâmetro central para avaliação do desempenho operacional, uma vez que reflete a utilização real dos leitos disponíveis e a capacidade da unidade em finalizar ciclos de cuidado. Sua mensuração possibilita acompanhar a dinâmica do fluxo assistencial, subsidiar o planejamento da oferta de serviços e apoiar o dimensionamento adequado de recursos humanos, estruturais e financeiros. Além disso, o indicador serve de base para o cálculo e análise de métricas correlatas, como média de permanência, taxa de ocupação, giro de leitos e taxa de mortalidade hospitalar. No âmbito dos contratos de gestão, assume papel estratégico na aferição do cumprimento das metas quantitativas pactuadas, funcionando como instrumento objetivo de monitoramento da produção hospitalar e da efetiva entrega de serviços à população usuária do SUS.

Meta	120 saídas hospitalares por mês.
Método de Cálculo	Numerador (Indicador de quantidade absoluta - produção)
	Numerador: Soma das internações encerradas no período. Unidade de medida: Número absoluto. Periodicidade de apuração: Mensal. Critério de Inclusão - Devem ser contabilizadas todas as internações que tenham sido formalmente encerradas no período de apuração, independentemente do desfecho, incluindo: • Alta hospitalar por melhora clínica; • Alta por cura ou estabilidade; • Óbito; • Transferência para outra unidade hospitalar (interna ou externa); • Alta a pedido; • Evasão; • Encerramentos administrativos devidamente registrados. NOTA: A data considerada para fins de apuração é a data do encerramento da internação (data da saída). Crítérios de Exclusão - Não devem ser contabilizados: • Pacientes ainda internados no período analisado; • Atendimentos ambulatoriais; • Atendimentos de urgência/emergência sem internação formal; • Procedimentos em hospital-dia quando não configurarem internação hospitalar conforme normativa vigente; • Movimentações internas de leito que não caracterizem encerramento da internação; • Internações canceladas antes da efetiva admissão do paciente. Denominador: Não se aplica (indicador absoluto de produção). Observação: • O indicador de saídas hospitalares avalia o cumprimento da meta contratada, considerando o total de altas, transferências e óbitos registrados no período. Por se tratar de medida de produção absoluta, não possui denominador; contudo, sua análise deve ser realizada em conjunto com indicadores de permanência média e taxa de ocupação, a fim de subsidiar a avaliação da eficiência assistencial. • Serão consideradas no cômputo as saídas com permanência inferior a 24 horas, desde que caracterizada internação formal, com ocupação de leito e registro regular de admissão e alta no sistema oficial da unidade. Não serão incluídos atendimentos em regime de observação, hospital-dia ou permanências em unidades de urgência e emergência que não configurem internação formal. Recomenda-se o monitoramento complementar das internações de curta duração, com vistas à identificação de possíveis distorções assistenciais ou inconsistências de registro. • Quando o desempenho estiver entre 85,0% e 100% do volume pactuado, será aplicado repasse correspondente a 20,0%, do valor global do contrato, condicionado à validação dos dados. • Os dados deverão ser encaminhados por meio de relatório físico até o 20º dia do mês subsequente ao período de referência, com posterior registro no Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) até o 25º dia, podendo ser utilizada outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) definida pela CONTRATANTE para envio ou validação das informações. Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2026.

2.3. INDICADORES DE QUALIDADE

Com o intuito de qualificar a análise dos indicadores de qualidade dos contratos de gestão foi desenvolvido um Índice Global de Qualidade, que abrange áreas essenciais como qualidade da assistência à saúde, eficiência da gestão, vigilância do óbito, atenção ao usuário, transparência e educação permanente. O índice, com pontuação variando de 0 a 100 pontos, tem seu resultado alcançado diretamente relacionado à sistemática de pagamento do contrato de gestão, incentivando a melhoria contínua e o cumprimento das metas estabelecidas.

Segue abaixo o Quadro Geral de Indicadores de Qualidade:

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Qualidade da assistência à saúde	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).	Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes adultos internados, de acordo com a classificação de risco obtida pela Escala de Braden.	A incidência de LPP no Grupo A (Braden ≥13) for igual ou inferior a 2,2%.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	8	31
			A incidência de LPP no Grupo B (Braden ≤12) for igual ou inferior a 11,1%. (Obs: Com plano de cuidados documentado).			5	
	Densidade de incidência de quedas (com ou sem lesão) de pacientes internados por 1000 pacientes-dia.	Medir e monitorar a frequência com que os pacientes internados em uma unidade de saúde sofrem quedas.	≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	9	
	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.	9	
Vigilância do Óbito	Taxa de revisão dos óbitos institucionais (≥24h).	Avaliar as causas dos óbitos que ocorreram após 24 horas de internação.	Revisão de 90,0% ou mais dos óbitos institucionais.	Pontuação: 10	Relatório da Comissão de Óbitos, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	10	10
			Revisão entre 80,0% e 89,9% dos óbitos institucionais.	Pontuação: 5			

			Revisão inferior a 80,0% dos óbitos institucionais.	Pontuação: 0			
Atenção ao Usuário	Satisfação do usuário.	Aferição mensal do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes atendidos.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%.	Pontuação: 10	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	10	19
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%.	Pontuação: 8			
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%.	Pontuação: 4			
			Aferir satisfação do usuário menor que 70,0%.	Pontuação: 0			
	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.	Publicação mensal das respostas às queixas recebidas na unidade de saúde	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebidas.		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE.	9	
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: 10	Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES/PE.	10	10
			Atingir o grau moderado (75,01% - 99,99%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 8			
			Atingir o grau intermediário (50,01% - 75,00%) de qualidade da publicação das	Pontuação: 4			

			informações de transparência.				
			Atingir o grau insuficiente (25,01% - 50,00%) de qualidade da publicação das informações de transparência.	Pontuação: 2			
			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.	Avaliar a execução do plano de educação permanente.	90,0% a 100% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 10	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS.	10	30
			80,0% a 89,9% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 8			
			70,0% a 79,9% das ações de educação permanente programadas para o período..	Pontuação: 4			
			< 70,0% das ações de educação permanente programadas para o período.	Pontuação: 0			
	Taxa de Adesão 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	Percentual igual ou superior a 80,0% de Adesão do Público Alvo da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 10	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	10	

	permanente promovidas pela unidade .	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: 8		
		Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 4		
		Percentual menor que 60,0% de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente.	Pontuação: 0		
Taxa de Adesão do Público-Alvo da Área Administrativa às Ações de Educação Permanente.	Monitorar o grau de participação do público-alvo 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: 10	Relatório da Comissão de Educação Permanente, enviado à SES, anexo à transmissão do SIMAS	10
		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: 8		
		Percentual igual ou superior a 60,0% e menor que 70,0% de adesão do Público-Alvo da Equipe Administrativa	Pontuação: 4		

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

3. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

INDICADORES RELACIONADOS À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

Nome	Incidência de pacientes com lesão por pressão (LPP) adquirida no hospital, ajustada por risco clínico (Escala de Braden).
Conceituação	Este indicador mede a taxa de ocorrência de LPP adquirida durante a internação hospitalar, ajustando os dados de acordo com a classificação de risco clínico dos pacientes (Escala de Braden) e considerando o tempo de exposição (em pacientes-dia).
Importância	A incidência de lesão por pressão (LPP) ajustada pelo risco clínico, por meio da Escala de Braden, é fundamental para avaliar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes internados. Este indicador permite identificar eventuais falhas nos processos de cuidado, especialmente relacionados à prevenção, monitoramento e manejo das condições que levam ao desenvolvimento de LPP. Ao ajustar a avaliação pelo grau de risco dos pacientes, considera-se a maior vulnerabilidade daqueles com comorbidades, limitações funcionais e internações prolongadas, assegurando uma análise justa e realista do desempenho institucional. A redução da incidência de LPP contribui para a diminuição do tempo de internação, a prevenção de complicações secundárias e a otimização dos recursos hospitalares. Além disso, o acompanhamento sistemático deste indicador atende às diretrizes nacionais e internacionais de segurança do paciente, sendo um requisito para o cumprimento dos contratos de gestão e a liberação da parte variável dos recursos vinculados à qualidade da assistência.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de pacientes do Grupo A ou B que desenvolveram LPP b) Denominador: Número total de pacientes do Grupo A ou B sem LPP na admissão Observação 01: • Grupo A : Pacientes com Braden ≥ 13 (baixo/médio risco); • Grupo B : Pacientes com Braden ≤ 12 (alto risco)

CrITÉrios de inclusão (para numerador e denominador):

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

CrITÉrios de Exclusão:

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

Avaliação de Risco Pela Escala de Braden:

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

Observação 02

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

Segue a Escala de Braden em formato resumido:

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

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

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

Interpretações:

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

Estágio 1 – Eritema não branqueável em pele íntegra. A pele pode estar dolorosa, firme, mole, mais quente ou mais fria que o tecido adjacente. **Estágio 2** – Perda parcial da espessura da pele, envolvendo epiderme e/ou derme. Pode se apresentar como abrasão, bolha (íntegra ou rompida) ou úlcera superficial, sem presença de tecido esfacelado ou necrose. **Estágio 3** – Perda total da espessura da pele, com comprometimento do tecido subcutâneo, podendo haver presença de tecido desvitalizado. Não há exposição de osso, tendão ou músculo. **Estágio 4** – Perda total da espessura tecidual com exposição de osso, tendão ou músculo. Frequentemente apresenta escaras ou esfacelos e pode ocorrer tunelização. **Lesão Tissular Profunda (LTP)** – Área localizada de descoloração púrpura ou castanha, pele intacta ou com flictena sanguinolenta, indicando dano em tecidos profundos. Pode evoluir rapidamente para uma úlcera de espessura total. **Lesão por Pressão Não Classificável** – Ferida coberta por tecido desvitalizado (esfacelo ou necrose), o que impossibilita a visualização da profundidade e, portanto, sua classificação no momento da avaliação.

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico – Lesão resultante da pressão exercida por dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos ou terapêuticos (ex: sondas, máscaras, tubos). Apresenta, geralmente, a forma ou o contorno do dispositivo. Deve ser classificada conforme os estágios descritos acima, sempre que possível. **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas** – Ocorre em locais com mucosas (boca, narinas, genitália), associada ao uso de dispositivos médicos. Essas lesões **não devem ser classificadas em estágios** devido à anatomia do tecido.

Condutas Preventivas:

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

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

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

Referências:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. PROQUALIS, [S. l.], p. 1–20, 9 jul. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Guia rápido de prevenção e tratamento de lesão por pressão. Brasília, DF: SES-DF, [2020].

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

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

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

Conceituação	Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição.
Importância	O indicador em questão mensura a taxa de incidência de quedas, com ou sem lesões associadas, por 1.000 pacientes internados. A redução desta taxa é indicativa de melhoria na segurança do paciente.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 1000
Definição	Densidade de Incidência de Quedas = (Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse/ Total de pacientes-dia) × 1.000. a) Numerador: Total de pacientes admitidos que sofreram queda (com ou sem lesão) no período de interesse. CrITÉRIOS de Inclusão: - Quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas as quais devem informar quedas, quedas assistidas, quedas repetidas. Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda); - Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V); - Todos os pacientes da instituição independente da idade. CrITÉRIOS de Exclusão: - Quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe. b) Denominador: Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse. CrITÉRIOS de Inclusão: - Pacientes adultos, sob regime de internação nas unidades qualificadas para análise. Pacientes internados, de curto prazo, sob observação e para cirurgias no mesmo dia que recebam cuidados em unidades de internação qualificadas durante parte ou todo um dia. Unidades de cuidado crítico, semi-intensivo, médico, cirúrgico, médico-cirúrgico combinado para adultos, unidades de gravidade mista, unidades pediátricas e obstétricas. Pacientes em uma unidade qualificada para reportar dados são incluídos na contagem de paciente-dia. CrITÉRIOS de exclusão: - Não é aplicável. Observação 01: Queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008; Sociedade Hospital Samaritano, 2013). Observação 02: Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico. Níveis de lesão: Nível I (nenhum): paciente não sofreu lesões. Nível II (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. Nível III (moderado): resultou em sutura, aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação.

Nível IV (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. **Nível V (morte):** o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda.

Notificação da Queda:

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

Validação e Acompanhamento:

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

Documentação obrigatória:

- Todo evento de queda deverá conter os seguintes elementos mínimos para ser considerado válido:
 - Data, hora e local do evento;
 - Nome completo do paciente e número do prontuário;
 - Relato sucinto da dinâmica do evento;
 - Classificação da gravidade (com ou sem lesão) e avaliação do risco prévio;
 - Conduta adotada após a queda.

Observação 03 : Este relatório tem caráter obrigatório e deverá ser **encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), anexado à transmissão do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS)**, como forma de garantir a rastreabilidade, a transparência e o cumprimento das diretrizes de humanização da assistência.

Referência da meta:

QUALISS; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Densidade de incidência de queda resultando em lesão em paciente: domínio segurança. Ficha Técnica, [S. l.], p. 1–4.

Referências:

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

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

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

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

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

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

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

- As informações devem ser encaminhadas à Secretaria Estadual de Saúde (SES) por meio do Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde (SIMAS), garantindo a rastreabilidade dos dados, a transparência institucional e o cumprimento das diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), bem como das políticas de humanização da assistência.

Referência da meta:

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília – DF, [S. l.], p. 1-42, 1 jan. 2024.

INDICADOR RELACIONADO À VIGILÂNCIA DO ÓBITO**3.4. TAXA DE REVISÃO DOS ÓBITOS INSTITUCIONAIS (>=24H)**

Nome	Taxa de Revisão dos Óbitos Institucionais (>=24h).
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos institucionais que ocorreram após, no mínimo, 24 horas da admissão hospitalar e que foram devidamente revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, em um determinado mês, e o total de óbitos institucionais com 24 horas ou mais de internação ocorridos no mesmo período. Esse indicador permite avaliar o grau de cumprimento da rotina institucional de análise sistemática de óbitos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da segurança da assistência prestada.
Importância	O aludido indicador busca certificar que os óbitos foram revisados pela comissão de prontuários e análise de óbitos, apresentando maior qualidade ao processo ao qual o paciente foi submetido. Trata-se de um indicador essencial para avaliar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde prestados dentro da instituição. Essa taxa refere-se à revisão e análise de óbitos que ocorrem após 24 horas de internação, ou seja, aqueles que não são mortes imediatas, mas que ocorreram dentro do hospital após um período de observação e cuidado.
Método de Cálculo	Numerador/ denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais) revisados, no mês. b) Denominador: Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais), em um mês. CrITÉRIOS de Inclusão: - Apenas óbitos ocorridos dentro da instituição. CrITÉRIOS de Exclusão: - Óbitos com menos de 24h de internação; - Pacientes transferidos com evolução final em outra instituição. Público-alvo : Pacientes internados em hospitais. Observação 01: O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente no hospital, incluindo, portanto, o tempo permanecido na unidade de urgência e emergência. Observação 02: A apresentação mensal de resultados deve incluir relatório total dos óbitos, detalhando quantos e quais destes foram revisados pela comissão de prontuário e análises de óbitos. Observação 03: A revisão de óbito é o processo rotineiro e sistemático de avaliação dos óbitos ocorridos em uma unidade de saúde, com o objetivo de verificar se as informações

estão completas, se os protocolos assistenciais foram seguidos e se há necessidade de alguma ação corretiva ou de melhoria.

Referência da Meta:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. E-EFT-02. [S.l.], 1 nov. 2012. p. 1–7.

INDICADOR RELACIONADO À ATENÇÃO AO USUÁRIO

3.5. 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 nas altas hospitalares com melhora clínica em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
Importância	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	<u>Índice de Satisfação (90%):</u> a) Numerador: Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período. b) Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período. <u>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</u> a) Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico. b) Denominador: Número total de saídas hospitalares eletivas por alta clínica Critérios de inclusão: - Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes). Critérios de Exclusão: - Pesquisas com respostas consideradas negativas. Observações 01: - 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. Interpretações: <u>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</u> A amostragem mínima a ser contemplada pela pesquisa corresponderá a, no mínimo, 10% do total de atendimentos de altas hospitalar após melhora do quadro realizados no período - conforme cálculo denominado como “Índice de realização de pesquisas relacionadas ao atendimento”, abrangendo tanto os usuários que receberam atendimento quanto seus acompanhantes. A coleta de dados deverá ser,

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

O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10% das altas melhoradas) resultará na atribuição de **pontuação zero** ao indicador no Índice Global de Qualidade.

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

Adicionalmente, o não envio das informações, a aplicação da pesquisa em formato distinto do previamente estabelecido, sem autorização formal da CONTRATANTE ou o não atingimento dos percentuais estabelecidos para o **Índice de Satisfação (90%)**

e para o **Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%)**, impossibilitará a análise do indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como **descumprimento da meta estabelecida**.

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					
	OTIMO (5 pontos)	BOM (4 pontos)	REGULAR (3 pontos)	RUIM (2 pontos)	PÉSSIMO (1 ponto)	NÃO UTILIZE
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 utilize" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos						

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

3.6. ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS

Nome	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.
Conceituação	Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período.
Importância	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutiva e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100 a) Numerador: Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período. b) Denominador: Número total de queixas recebidas no mesmo período. Critérios de inclusão: - Período de análise compatível: Apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual). Critérios de Exclusão: - Não se aplica. Observações 01: - Para o Registro de Queixas a CONTRATADA deverá fornecer solução informatizada que permita o registro de forma livre de qualquer queixa, como também das providências tomadas pela CONTRATADA para resolução

Definição

das queixas registradas. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos usuários, acompanhantes e colaboradores da unidade, caixas de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de ouvidoria.

- Todas as queixas registradas devem alimentar matriz específica do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS), a qual deverá ser importada no referido sistema e transmitida à SES/PE mensalmente.
- As queixas, que devem ser apresentadas na íntegra, e o tratamento dado às mesmas serão apresentados à CTAI por meio do SIMAS, sendo que a referida comissão irá avaliar a qualidade do tratamento dado, aprovando ou não os encaminhamentos dados.
- A meta para o indicador é obter aprovação de 80,0% ou mais de aceitação das respostas às queixas registradas.

Interpretações:

CTAI: Comissão de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão;

SIMAS: Sistema de monitoramento de Metas Assistenciais;

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

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

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

1. Pertinência da Resposta

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

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

2. Adequação da Solução Apresentada

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

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

3. Cumprimento dos Prazos

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

4. Clareza e Linguagem Adequada

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

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

5. Provas Documentais (se aplicável)

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

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

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

Referências:

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

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

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

INDICADOR RELACIONADO À TRANSPARÊNCIA

3.7. QUALIDADE DA PUBLICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE TRANSPARÊNCIA

Nome	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência
Conceituação	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
Importância	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
Método de Cálculo	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SECI/SES.
Definição	Observação 01: - A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir as informações no Portal de Transparência e encaminhar relatório contendo tais inserções, subsequente à prestação do serviço. - A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, com base na normativa pertinente à matéria. As informações citadas devem ser inseridas em seu portal da transparência, com a periodicidade instituída em lei. Insta destacar que embora a postagem das informações de transparência em sítio eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral. Observação 02: - A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SEAS/SES. Referências: TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 33, de 06 de junho de 2018. Recife: TCE/PE, 2018. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 68, de 11 de dezembro de 2019. Recife: TCE/PE, 2019. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 82, de 16 de abril de 2020. Recife: TCE/PE, 2020. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução n.º 95, de 10 de junho de 2005. Recife: TCE/PE, 2005.

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

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

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

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

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

Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência

Secretaria de Saúde
GOVERNO DO
PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

Comissão Geral de
Monitoramento
dos Contratos
de Cessão

FICHA DE
AVALIAÇÃO DE
TRANSPARÊNCIA

UNIDADE:			
OSB:	INFORMAÇÃO	DATA:	
TRIMESTRE:		AVALIADOR:	
MENU:		SITUAÇÃO:	OBSERVAÇÃO
1. INSTITUCIONAL	1. Nome da OSB de vinculação	Atualizado	
	2. CNPJ da OSB 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. Experiência Anterior	Atualizado	
9. RELATÓRIOS FINANCEIROS E DE EXECUÇÃO	1. Relatório Financeiro e de Execução do Contrato	Atualizado	
	10. DEMONSTRATIVOS FINANCEIROS	Atualizado	
11. RELATÓRIO AMBIENTAL	1. Relatório Ambiental	Atualizado	
	2. Relatório Ambiental Anual Consolidado	Atualizado	
12. DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS E PARECERES	1. Demonstrações Contábeis	Atualizado	
	2. Pareceres	Atualizado	
13. REPASSES E RECEBIDOS	1. Repasses recebidos e descontos	Atualizado	
	1. Regulamentos	Atualizado	
14. CONTRATAÇÕES	2. Cotações	Atualizado	
	3. Contratos	Atualizado	
	3.1 Obras	Atualizado	
	3.1.1 Contratos - obras: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	3.2 Serviços	Atualizado	
	3.2.1 Contratos - serviços: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	3.3 Aquisição de Bens	Atualizado	
15. RECURSOS HUMANOS	3.3.1 Contratos - aquisições de bens: Pessoa Física e Pessoa Jurídica	Atualizado	
	1. Regulamento para recrutamento de pessoal	Atualizado	
16. BENS PÚBLICOS	2. Servidores públicos cadastros	Atualizado	
	1. Relatório dos bens públicos	Atualizado	
17. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - BIC	2. Atendimento Eletrônico	Atualizado	
	2. Atendimento Presencial	Atualizado	
	3. Relatório Estatístico - PN	Atualizado	

		PONTUAÇÃO	LEGENDA		
ASSINATURA	NÍVEL DE TRANSPARÊNCIA:	Atualizados:	47	Nº	NÍVEL
		Desatualizados:	0	01	DESEJADO
		Incompletos:	0	02	MODERADO
		Inexistentes:	0	03	INTERMEDIÁRIO
				04	INSUFICIENTE
				05	CRÍTICO
					DESEJADO

INDICADOR RELACIONADO À EDUCAÇÃO PERMANENTE

3.8. TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente
Conceituação	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
Importância	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela CONTRATADA está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e

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

3.9 TAXA DE ADESAO 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 convocados ou 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. <i>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Caminhos para a educação permanente em saúde</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 16 jun. 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Henrique Figueira Vidon**, em 13/08/2026, às 14:01, 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 **Isabela Cristina Coutinho de Albuquerque Neiva Coelho**, em 13/08/2026, às 14:35, 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 13/08/2026, às 16:27, 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 **91624809** e o código CRC **D5E2526C**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Vinte e Quatro de Agosto, nº 209, - Bairro Santo Amaro, Recife/PE - CEP 50040-190, Telefone: