



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde

NÚCLEO DE CONTRATUALIZAÇÃO - SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS - SESAB/SUREGS/NUCON/CONTRAT

ANEXO I

DOCUMENTO DESCRITIVO

Contrato nº 040/2025

PROCESSO Nº: 019.8841.2021.0070604-11

1. IDENTIFICAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)

NOME DE FANTASIA: MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA

CNPJ: 15.126.437/0028-63 (Filial)

CNES: 0004731

ENDEREÇO: RUA DO LIMOEIRO, 137, NAZARÉ - SALVADOR/BA

TELEFONE: (71) 32839210

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente Documento Descritivo tem o objetivo de estabelecer as metas quantitativas e qualitativas, bem como os compromissos a serem cumpridos pelo Hospital, para que o mesmo faça jus ao recebimento dos recursos financeiros do Contrato, no período de vigência do contrato, e ainda estabelecer a programação financeira relativa ao pagamento da produção de serviços.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

O Hospital acima indicado compõe a Rede de Atenção à Saúde da Região na qual está inserido, tendo como atribuições atender aos pressupostos da Rede Cegonha (RC), ofertando ações assistenciais de Média Complexidade, atendendo urgência e emergência obstétrica e ginecológica, nas seguintes modalidades:

Hospitalar: Internamento nas especialidades: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Clínica Obstétrica. Referência Hospitalar em Atendimentos Secundário a Gestação de Alto Risco, Hospital Amigo da Criança, habilitação para laqueadura, vasectomia, UTI Neonatal tipo II e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI).

A Maternidade Climério de Oliveira, referência hospitalar em atendimento secundário a gestação de alto risco, compõe o Plano de Ação Regional para a Rede Cegonha. Assim, considerando tal fato, os leitos obstétricos estarão discriminados neste PO, conforme estruturação da Rede Cegonha, ou seja, leitos para parto de risco habitual, leitos para gestação de alto risco e leitos canguru, além dos leitos de UCI e UTI Neonatal tipo II.

Ambulatorial: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica, Procedimentos Clínicos e Procedimentos Cirúrgicos.

A Unidade polariza atendimentos do seu município de localização, e dos demais que o referenciaram de acordo com a Programação Pactuada Integrada - PPI 2019 do Estado da Bahia, de acordo com a disponibilidade de vagas. Os fluxos e critérios para atendimento ao Pré-Natal deve seguir as pactuações constante no documento intitulado " Critérios e fluxos de acesso ao pré-natal de alto risco em ambulatorios das maternidades de Salvador"

3. COMPROMISSOS GERAIS

COMPROMISSOS GERAIS

3.1. Dedicar ao SUS no mínimo 100% da totalidade de seus leitos ativos contratualizados.

3.2. Constituir legalmente e manter ativas as seguintes comissões:

• Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;

• Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal

• Comissão de Revisão de Prontuários;

• Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (de acordo com o número total de trabalhadores);

• Comissão de Ética Médica;

• Comissão de Farmácia Terapêutica;

• Comissão de Ética de Enfermagem;

• Núcleo de Qualidade Hospitalar (NAQH).
3.3 Atender 100% das urgências e emergências obstétricas, garantindo acolhimento a todas as mulheres conforme Manual de Acolhimento Com Classificação de Risco em Obstetrícia (ACCR) do Ministério da Saúde, recebidas através de demanda espontânea ou regulados pela Central Estadual de Regulação - CER.
3.4. Integrar-se comprovadamente ao Sistema Municipal/Estadual de referência e de contra-referência, tanto hospitalar quanto ambulatorial, devendo cumprir os fluxos pactuados disponibilizando para o gestor local/estadual , a agenda de consultas de especialidades e procedimentos de SADT.
3.5. Utilizar o Sistema de informação indicado pelo Gestor, para solicitar à CER, transferência de pacientes para outras unidades de saúde;
3.6. Qualquer alteração referente ao não atendimento da demanda referenciada aos serviços credenciados, por conta de quebra de equipamentos e ausência de profissionais, será de inteira responsabilidade da Instituição, que deverá garantir o reagendamento na mesma competência. Tal fato deverá ser documentado em forma de ofício timbrado e endereçado a equipe de controle para fins de apreciação. Em caso de indeferimento será procedido corte de 20% dos recursos pré-fixados constantes no contrato, devendo este ocorrer na competência imediatamente posterior.
3.7. Compor a grade de referência da Central Estadual de Regulação (CER), assumindo suas atribuições assistenciais, em atendimento ao Protocolo de Regulação, de acordo com a situação de risco do usuário, atendendo ao pressuposto de “vaga zero”, organizando o cuidado utilizando Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR), em atendimento à Política Nacional de Humanização (PNH).
3.8. Acolher todas as pacientes reguladas, mesmo que após o acolhimento se identifique que a mesma não é perfil da unidade, devendo em seguida ser solicitada nova regulação a CER para remoção para unidade adequada.
3.9. Realizar internações hospitalares dos pacientes regulados nas 24 (vinte e quatro) horas, durante os sete dias da semana, inclusive destinando estrutura para regulação com, no mínimo: um computador, internet, impressora, telefone e recursos humanos para funcionamento nas 24 horas.
3.10 Manter serviço próprio ou terceirizado de manutenção predial e de equipamentos médicos-hospitalares que executem diretamente, em parte ou na totalidade, a manutenção do Hospital, sendo capaz de supervisionar a prestação de serviços quando realizado por terceiros;
3.11. Dispor de normas e rotinas institucionalizadas e operacionalizadas para todos os serviços disponibilizados ao SUS.
3.12. Apresentar Relatórios Mensais informando das medidas tomadas para efetivação dos compromissos acima.
3.13. Admitir os pacientes caso não tenham documento de identificação conforme Portaria N° 84/SAS de 24/06/1997.
3.14. Avaliar a paciente regulada pela Central de Regulação no interior das dependências da Unidade e nunca na ambulância que o transportou.
3.15. Apresentar protocolo de captação, acondicionamento, transporte, armazenamento e instalação de sangue e hemoderivados, conforme legislação vigente, nos casos em que se aplicar.
3.16. Ajustar a média de permanência dos internamentos nas diversas especialidades de acordo com o previsto na Portaria N° 1.631 de 02/10/2015 ou de acordo com o pactuado.
3.17. Os procedimentos de alta complexidade poderão fazer parte deste plano e serão pagos conforme produção apresentada mensalmente, em BPA, APAC e AIH cujos os valores estão estimado no contrato.
3.18. Todos os procedimentos ambulatoriais pactuados neste plano serão detalhados na FPO anexada ao processo, podendo sofrer modificação de acordo com a necessidade de ambas as partes; mediante justificativa da área técnica competente e disponibilidade de recursos financeiros.
3.19. A avaliação ocorrerá mensalmente pela DICON a partir de informações disponibilizadas no banco de dados do Ministério da Saúde, sendo que as visitas in loco ocorrerão a qualquer momento que a Secretaria Estadual da Saúde julgar necessário.
3.20. Sendo esta unidade credenciada, habilitada e por hora contratada para complementariedade do SUS/BA fica, obrigatoriamente, determinado a necessidade do cumprimento integral de todas as Normatizações Ministeriais, Estaduais e Municipais vigentes de prestação de Serviço de Saúde, chamando atenção para às Portaria referentes a Urgência e Emergências, Procedimentos de Alta Complexidade e do HumanizaSUS.
3.21. Nas unidades que contemplem internações em leitos obstétricos, garantir atendimento assistencial clínico e/ou cirúrgico para as gestantes.
3.22. Manter a taxa de ocupação da Casa de Gestante Bebê e Puérpera, maior ou igual a 60%, considerando que a instituição é habilitada pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria 2799/GM/MS, de 13/10/2020.
3.23. Realizar a inserção do DIU de Cobre no pós-parto imediato e pós-aborto imediato, no mínimo, em 10% das mulheres.
3.24. Ofertar o tratamento às mulheres em situação de abortamento (primeiro trimestre) com o uso da Técnica de Aspiração Manual Intra Uterina (AMIU).

3.25. Garantir a realização da Oximetria de Pulso (Teste do Coraçãozinho), Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha) e Teste do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho) para 100% dos recém-nascidos, com os devidos encaminhamentos em casos de alterações nos testes.
3.26. Ofertar sistematicamente visitas de vinculação a 100% das gestantes vinculadas, a partir do 3º trimestre de gestação, para conhecerem as instalações físicas da unidade e esclarecerem dúvidas, favorecendo a formação de vínculo para o momento do parto.
3.27. Garantir atendimento à todas as gestantes vinculadas à unidade, seja pelo território adscrito, conforme mapa de vinculação de Salvador, divulgado pelo site da SESAB: http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/mapa-de-vinculacao-municipio-de-salvador/ , seja porque realizam pré-natal de alto risco na unidade.

A avaliação dos indicadores citados será feita a partir de relatórios apresentados pela maternidade no momento das vistorias do contrato realizadas pela SUREGS/DICON/NAC.

4. METAS FÍSICAS – PARTE FIXA (DESTINAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS AO SUS)

Os objetivos e características descritas neste tópico abrangem os parâmetros que configuram a justificativa da parte de pagamento fixo deste contrato.

4.1. ATENDIMENTO HOSPITALAR (INTERNAÇÃO) - MÉDIA COMPLEXIDADE (PRÉ FIXADO)

De acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde e AIH pactuadas o Hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares conforme descrito no quadro abaixo. As saídas hospitalares de média complexidade serão de acordo com o número de leitos operacionais, e distribuídas nas seguintes áreas:

ÁREAS DE INTERNAÇÃO	Nº LEITOS	MÉDIA DE PERMANÊNCIA (DIAS)	AIH MENSAL	AIH ANUAL
CIRÚRGICO GERAL	2	2,83	16	192
OBSTÉTRICO RISCO HABITUAL	23	3,27.	185	2220
OBSTÉTRICO ALTO RISCO	18	2,84.	203	2436
PEDIÁTRICO	1	1,17.	6	72
NEONATAL	7	2,88.	74	888
TOTAL	51	-	484	5.616

Obs: Este quadro refere-se apenas a permanência nos leitos de enfermaria. Salienta -se que os pacientes durante a internação também permanecem nos leitos de UTI e UCI.

ÁREAS DE INTERNAÇÃO	Nº LEITOS	ORÇAMENTO MENSAL (R\$)	ORÇAMENTO ANUAL (R\$)
CIRÚRGICO GERAL	2	36.557,12	438.685,44
OBSTÉTRICO RISCO HABITUAL	23	73.034,30	876.411,60
OBSTÉTRICO ALTO RISCO	18	141.874,67	1.702.496,04
PEDIÁTRICO	1	50.943,54	611.322,48
NEONATAL	7	220.252,12	2.643.025,44
TOTAL	51	522.661,75	6.271.941,00

4.2. ATENDIMENTO HOSPITALAR (INTERNAÇÃO) - REDE CEGONHA/LEITO GAR (pós-fixado)

ESPECIALIDADE	N.º DE LEITOS	FÍSICO MENSAL	FÍSICO ANUAL	ORÇAMENTO MENSAL (R\$)	ORÇAMENTO ANUAL (R\$)
Diárias Leitos para Gestação de Alto Risco (GAR)- Pós-Fixado	22	660	7.920	316.800,00	3.801.600,00

Diária para leitos GAR de R\$480,00 (Quatrocentos e oitenta reais).

4.3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: MÉDIA COMPLEXIDADE

De acordo com sua capacidade operacional, distribuídos nos subgrupos indicados abaixo, o Hospital deverá realizar por ano, um número de consultas especializadas e procedimentos de média complexidade no total: 18096

GRUPOS / ATIVIDADES	FÍSICO MENSAL	FÍSICO ANUAL	ORÇAMENTO (R\$) MENSAL	ORÇAMENTO ANUAL (R\$)
0101 Ações Coletivas/ Individuais em saúde	125	1.500	437,04	5.244,48
0201 Coleta de material	26	312	1.361,28	16.335,36
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	10.129	121.548	58.529,39	702.352,68
0204 Diagnóstico em Radiologia	800	9.600	34.200,00	410.400,00
0205 Diagnóstico por ultrassonografia	1.359	16.308	42.871,50	514.458,00
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	478	5.736	4.433,40	53.200,80
0214 Diagnóstico por teste rápido	240	2.880	240,00	2.880,00
0301 Consultas/Atendimentos/ Acompanhamentos	4.815	57.780	37.748,90	452.986,80
0302 Fisioterapia	164	1.968	792,76	9.513,12
TOTAL	18.136	217.632	180.614,27	2.167.371,24

4.4 ATENDIMENTO AMBULATORIAL: ALTA COMPLEXIDADE

GRUPOS / ATIVIDADES	FÍSICO MENSAL	FÍSICO ANUAL	ORÇAMENTO (R\$) MENSAL	ORÇAMENTO ANUAL (R\$)
0306- TRANSFUSAO FETAL INTRA-UTERINA	1	12	17,78	213,36
TOTAL	1	12	17,78	213,36

4.5 ATENDIMENTO AMBULATORIAL: ALTA COMPLEXIDADE FAEC

GRUPOS / ATIVIDADES	FÍSICO MENSAL	FÍSICO ANUAL	ORÇAMENTO (R\$) MENSAL	ORÇAMENTO ANUAL (R\$)
0301010196 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras (Eixo I)*	1	12	800,00	9600,00
0301010226 - Aconselhamento genético*	1	12	100,00	1200,00
0306020157 - Transfusão Fetal Intra-uterina	1	12	38,32	459,84
TOTAL	3	36	938,32	11.259,84

* Os procedimentos destacados exigem habilitação ministerial, portanto entrarão na programação e serão custeados com incentivo estadual, não sendo computado no valor final tabela SUS.

GRUPO DE ATIVIDADES DE APOIO DIAGNÓSTICO				
GRUPOS / ATIVIDADES	FÍSICO MENSAL	FÍSICO ANUAL	ORÇAMENTO (R\$) MENSAL	ORÇAMENTO ANUAL (R\$)
0000000000 - USG para pesquisa de endometriose (A avaliação para Endometriose é feita por USG de abdome total, USG transvaginal com Doppler, USG pélvica e USG de parede abdominal)	8	96	1727,04	20724,48
0000000000 - Ecocardiografia Fetal	20	240	4420,00	53040,00
TOTAL	28	336	6.147,04	73.764,48

PROGRAMA ATENAS

GRUPOS / ATIVIDADES	FÍSICO MENSAL	FÍSICO ANUAL	ORÇAMENTO (R\$) MENSAL	ORÇAMENTO ANUAL (R\$)
0000000000 - Telemonitoramento (ATENAS)	50	600	325,00	3900,00
0000000000 - Atendimento Multiprofissional Atenas	8	96	1172,88	14074,56
TOTAL	58	696	1497,88	17974,56

PROGRAMA MANJEDORA				
GRUPOS / ATIVIDADES	FÍSICO MENSAL	FÍSICO ANUAL	ORÇAMENTO (R\$) MENSAL	ORÇAMENTO (R\$) ANUAL
0000000000 - ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR - MANJEDOURA	16	192	2500,00	30000,00
0000000000 - Atenção ao planejamento reprodutivo	16	192	2500,00	30000,00
TOTAL	32	384	5000,00	60000,00

PROJETOS ESPECIAIS - TRANSGESTA				
GRUPOS / ATIVIDADES	FÍSICO MENSAL	FÍSICO ANUAL	ORÇAMENTO (R\$) MENSAL	ORÇAMENTO (R\$) ANUAL
0000000000 - Atendimento à Pessoas Transgêneros	1	12	200,00	2400,00
0000000000 - Atendimento à Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais	99	1188	19800,00	237600,00
TOTAL	100	1200	20.000,00	240000,00

PROGRAMA PARA APOIO MATRICIAL AO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO E URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS - TELECONSULTORIAS				
GRUPOS / ATIVIDADES	FÍSICO MENSAL	FÍSICO ANUAL	ORÇAMENTO (R\$) MENSAL	ORÇAMENTO (R\$) ANUAL
0000000000 - Especialidade Hematologia	16	192	1849,92	22199,04
0000000000 - Especialidade Endocrinologia	16	192	2936,64	35239,68
0000000000 - Especialidade Psicologia	16	192	650,24	7802,88
0000000000 - Especialidade Psiquiatria	16	192	1772,8	21273,6
0000000000 - Especialidade Cardiologia Adulto	8	96	2337,52	28050,24
0000000000 - Especialidade Cardiologia Pediátrico	8	96	2337,52	28050,24
0000000000 - Especialidade Neuropediatria	16	192	3592,00	43104,00
0000000000 - Especialidade Infectologia	8	96	1188,24	14258,88
0000000000 - Especialidade Obstetrícia	12	144	1925,64	23107,68
0000000000 - Especialidade Neonatologia	12	144	1916,04	22992,48
0000000000 - Especialidade Consultoria em Aleitamento Materno	80	960	14577,6	174931,2
TOTAL	208	2496	35084,16	421009,92

5.1. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

O desenvolvimento dos cortes semestrais de avaliação será realizado através de uma comissão mista formada por representantes da SESAB e pelos representantes da unidade contratualizada indicado respectivamente por seus gestores. A formação desta comissão deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado da Bahia pelo gestor estadual. A periodicidade mínima para a reunião dessa comissão será semestral ou a qualquer momento que a Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção a Saúde julgar necessário.

5.2. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

A avaliação referente à parte variável do orçamento ocorrerá com base nas seguintes metas e indicadores:

REGULAÇÃO					
INDICADOR	FUNDAMENTO LEGAL	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO

Disponibilizar através de documento oficial, relatórios atualizados, no mínimo 03 vezes ao dia, nos 07 dias da semana, constando a quantidade de vagas disponíveis para internamento e sempre que houver a existência de novas vagas	Regra Contratual emitida pela DIREG	Relatório de vagas recebido pela CER	Encaminhar à CER/CRL, através de documento oficial, ao menos 03 vezes ao dia, 07 dias por semana, constando as vagas disponíveis para internamento.	Relatório emitidos pelo NGL/ CER, informando a disponibilização das vagas, no mínimo 03 vezes ao dia, na competência a ser avaliada. O NGL/CER será responsável pelo envio em duas vias, uma para o prestador e outra para o NAC, até o 5º dia útil do mês seguinte ao da competência a ser avaliada.	3,0
Garantir internamento e recebimento dos pacientes regulados durante 24h por dia, nos sete dias da semana	Regra Contratual emitida pela DIREG	Relatório da CER constando as informações de negativas indevidas registradas pelo Chefe de Plantão de internamento de pacientes regulados, conforme solicitação da CER nas 24h	Autorizar e viabilizar o internamento nas 24h, nos 7 dias da semana dos pacientes regulados	Relatório da Coordenação Médica da CER	3,0
Executar os serviços de acordo com as especificações exigidas garantido equipamentos, materiais e equipe completa, respeitando o perfil da instituição pactuado com a CER	Regra Contratual emitida pela DIREG	Registro de negativa para admissão de pacientes por falta de equipamentos e/ou materiais	Garantir, equipamentos, materiais e equipe completa necessários para o internamento de pacientes, respeitando o perfil da instituição pactuado com a CER	Relatório da Coordenação Médica da CER	3,0
SUBTOTAL					9,0

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA					
INDICADOR	FUNDAMENTO LEGAL	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO
Registro de óbitos maternos	Regra Contratual SESAB	Registrar em livro específico os óbitos maternos ocorridos mensalmente na instituição, com preenchimento da ficha hospitalar e encaminhamento para VEP da SMS. Realizar análise do caso pela Comissão de Mortalidade Materna da Instituição, com produção e divulgação de recomendações para evitar novos óbitos.	Mater em zero a mortalidade materna, e, registrar 100% dos Óbitos Maternos quando ocorrer	Monitoramento do livro de registro com encaminhamento da ocorrência a VEP da SMS e CEAAC, com análise da causa do óbito	1,0

Registro de óbitos neonatal	Regra Contratual SESAB	Registrar em livro específico os óbitos neonatal ocorridos mensalmente na instituição, com preenchimento da ficha hospitalar e encaminhamento para a VEP da SMS. Realizar análise do caso pela Comissão de Mortalidade Neonatal da instituição com produção e divulgação de recomendações para evitar novos óbitos.	Mater em zero a mortalidade neonatal, e, registrar 100% dos Óbitos neonatais quando ocorrer	Monitoramento do livro de registro com encaminhamento da ocorrência ao Comitê de Mortalidade Marterna e CEAC, com análise da causa do óbito	1,0
Taxa de Infecção Hospitalar *	Portaria MS nº 2.616 de 12/05/98	Relação percentual entre o número de infecções hospitalares ocorridas em um período determinado e o número total de saídas no mesmo período.	Até 5% ou conforme perfil da instituição, com redução de 10%, se necessário.	Relatórios de monitoramento interno da instituição contemplando os dados do cálculo do indicador com gráficos para análise de linha de tendência.	2,0
Taxa de Ocupação Hospitalar	Ficha de indicador da ANS e Portaria MS nº 312 de 30/04/2002	Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos operacionais num determinado período	Geral: acima de 75%. Conforme cada especialidade hospitalar contratualizada, tendo base a série historia do ano anterior a contratualização.	Relatórios de monitoramento interno da instituição contemplando os dados do cálculo do indicador com gráficos para análise de linha de tendência.	2,0
Média de Permanência	Ficha de indicador da ANS, Portaria MS nº 312 de 30/04/2002	Número de dias de permanência total no mês em relação ao número total de saídas, conforme ficha da ANS e Portaria /mês	Conforme cada especialidade hospitalar contratualizada, tendo base a série historia do ano anterior a contratualização. Aplicar 10% de redução se a média de permanência for muito elevada	Relatórios de monitoramento interno da instituição contemplando os dados do cálculo do indicador com gráficos para análise de linha de tendência.	2,0
Consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos, diagnósticos, cirurgicos e anestésicos aos usuários, de acordo com as legislações específicas	Recomendação CFM nº 01/2016	Visita in loco com avaliação documental e entrevista com usuários	Garantir informações aos usuários sobre as intervenções a serem realizadas, com assinatura do consentimento livre e esclarecido do paciente/responsável legal e do profissional que irá realizar o procedimento.	Avaliação de prontuários por amostragem e entrevista com usuários	1,0
Percentual de pacientes que receberam antibióticoprofilaxia em até 1 (uma) hora antes do procedimento	ANS - Diretriz de Nacional para elaboração de programa do Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde	Lista disponibilizada pela CCIH dos procedimentos realizados e dos pacientes que fizeram uso do antibiótico uma hora antes do procedimento cirúrgico	Acima de 95% dos pacientes que tiveram indicação de profilaxia e que fizeram uso	Disponibilizar a relação de procedimentos/antibióticos na primeira reunião. Lista disponibilizada mensalmente pela CCIH com percentual de adesão. Análise de prontuários por amostragem	2,0

Alta Hospitalar Responsável	Portaria MS nº 3.390 de 30/12/2013	Avaliação in loco dos prontuários de alta hospitalar com verificação se os seguintes itens foram contemplados: alta médica (principais diagnósticos, orientações, encaminhamentos pertinentes, resumo do quadro clínico e exames realizados, retorno ao ambulatório quando necessário e informar data prevista para resultados de anatomia patológica quando realizados). Relatório de alta multidisciplinar conforme critérios estabelecidos pela instituição.	Garantir a Alta Hospitalar Responsável. Aplicar em 100% das altas hospitalares médicas e multiprofissionais quando necessário	No primeiro acompanhamento da comissão disponibilizar critérios de elegibilidade para alta multidisciplinar. Avaliação de prontuários de alta hospitalar por amostragem	2,0
Garantia da identificação do paciente através do uso da pulseira na internação hospitalar, utilizando os identificadores instituídos em todos os procedimentos a serem executados.	Portaria N° 1377 de 9/07/2013, RDC N°63 de 25/11/2011	Verificação in loco por amostragem à política de identificação do paciente	Garantir 100% dos pacientes internados identificados. Garantir que os profissionais utilizem a pulseira como ferramenta de identificação na pré-execução dos procedimentos	Verificação <i>in loco</i> , com avaliação do uso da pulseira e da adesão dos profissionais sobre o uso da pulseira antes da prestação da assistência e entrevista com pacientes.	2,0
Garantir a utilização de métodos não farmacológico de alívio da dor na gestante	Regra Contratual SESAB	Observação da disponibilidade de assessórios tais como: banquetta, cavalinho, bola entre outros. Verificação in loco da utilização no trabalho do parto	Utilização dos métodos não farmacológicos em acima de 80% dos partos normais realizados na unidade	Observação in loco conforme método de aferição	2,0
Taxa de Episiotomia	Regra Contratual SESAB	Nº de episiotomias realizadas/ nº de partos naturais realizados no mês x100 conforme critérios para a indicação de episiotomia	Manter a taxa abaixo de 10% conformes critérios estabelecidos	Fornecer na primeira reunião da comissão os critérios estabelecidos para episiotomia na unidade. Encaminhar a taxa obtida mensalmente, evidenciando o método de cálculo além de verificação de registros em prontuários por amostragem	2,0
Garantir a realização do Ccheck list parto e nascimento seguro	Diretrizes da OMS	Verificação do preenchimento adequado dos partos realizados	100% do check list preenchidos nos partos realizados	Observação in loco de prontuários por amostragem	2,0
Garantir a realização de teste rápidos (HIV, VDRL, hepatite B) e assegurar a administração dos anti-retrovirais nos casos positivos	Portaria GM/MS N° 2104, de 19 de novembro de 2002	Verificação do registro em prontuario	100% das gestantes que não evidencie a realização dos testes no pré natal	Observação in loco de prontuários por amostragem	4,0

Estabelecer mecanismo para alta segura do RN	Regra Contratual SESAB	Demonstrar por meio de mecanismo impresso a liberação com identificação segura e assegurar a contra referência com a atenção básica para parturiente e RN em programas específicos	100% dos RNs liberados com preenchimento do impresso estabelecido	Observação in loco de prontuários por amostragem conforme método de aferição	2,0
Taxa de Cesárea	Regra contratual SESAB	Relação percentual entre o total de partos cesarianos e o total de partos num determinado período	Manter abaixo de: 35% em maternidades de risco habitual e 45% em maternidades alto risco (Portaria de Consolidação nº 3 - taxa de 35% tipo 1 e tipo 2)	Avaliação de prontuários por amostragem e entrevista com usuários	6,0
SUBTOTAL					33,0

* Quanto ao denominador (nº de saídas), considerar a população exposta a Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) (número total de altas, óbitos e transferências de mães e RN hospitalizados, incluindo também os RN sadios em regime de alojamento conjunto). Por esta razão, poderá ocorrer divergência no nº de saídas, em relação aos indicadores de Taxa de Ocupação Hospitalar, Média Permanência e Mortalidade Hospitalar.

GESTÃO HOSPITALAR					
INDICADOR	FUNDAMENTO LEGAL	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e existência do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) na instituição	Lei MS nº 9431 de 1997, Portaria 2616 de 1998, Portaria MS nº 2.616 de 12/05/98, Indicadores de Prevenção e Controle de Infecção - Proqualis, RDC nº 48/2000, , Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – 2017.	Verificação de reunião mensal da CCIH com apresentação da ata contendo indicadores epidemiológicos por topografia interpretados e analisados junto aos gestores e evidências dos encaminhamentos realizados. Acompanhar a execução do plano de ação e PCIH	Realizar pelo menos uma reunião mensal, em caráter ordinário, podendo se reunir de forma extraordinária, quando se faça necessário com produção da ata e relatórios pertinentes. Verificação da execução do cronograma do PCIH.	Na primeira reunião da comissão fornecer a portaria de nomeação e regulamento de funcionamento da comissão. Apresentação de cópia ao CEAAC/NAC dos dados comprobatórios contidos no método de aferição	3,0
Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal	Portaria Interministerial N° 285, de 24 de março de 2015, Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008, Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010	Verificação da reunião mensal da Comissão de de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal com fornecimento mensal da ata contendo a análise dos óbitos, inconsistências identificadas, com propostas de melhorias e encaminhamentos as Comissões de Éticas/Comitês de Segurança/Núcleo de Segurança instituídos, quando necessário	Analisar 50% dos prontuários que resultaram em óbito especificando em ata os óbitos e saídas existentes no período. Se menor ou igual a 20 óbitos/mês, avaliar 100%	Na primeira reunião da comissão fornecer a portaria de nomeação e regulamento de funcionamento da comissão. Apresentação de cópia ao CEAAC/NAC dos dados comprobatórios contidos no método de aferição	2,0

Comissão de Revisão de Prontuários	RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07	Verificação da reunião mensal da Comissão de Revisão de Prontuários com fornecimento mensal da ata contendo a análise dos prontuários, identificando a qualidade dos registros, inconsistências observadas, com propostas de melhorias e encaminhamentos as Comissões de Éticas/Comitê de Segurança instituídos, quando necessário	Analisar 10% dos prontuários correspondentes ao total de saídas mensais	Na primeira reunião da comissão fornecer a portaria de nomeação e regulamento de funcionamento da comissão. Apresentação de cópia ao CEAAC/NAC dos dados comprobatórios contidos no método de aferição	3,0
Comissão de Ética Médica	RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016	Verificação da atuação da comissão com fornecimento da ata contendo a análise pertinente as competências desta comissão, encaminhamentos inerentes e assinaturas dos membros participantes. Na inexistência de demandas específicas mensais, formalizar em ata com a assinatura do presidente, realizando em substituição ações educativas	Registros mensais	Na primeira reunião da comissão fornecer a portaria de nomeação e regulamento de funcionamento da comissão. Apresentação de cópia ao CEAAC/NAC dos dados comprobatórios contidos no método de aferição	2,0
Comissão de Ética de Enfermagem	Resolução Cofen nº 572/2018	Verificação da atuação da comissão com fornecimento da ata contendo a análise pertinente as competências desta comissão, encaminhamentos inerentes e assinaturas dos membros participantes. Na inexistência de demandas específicas mensais, formalizar em ata com a assinatura do presidente, realizando em substituição ações educativas	Registros mensais	Na primeira reunião da comissão fornecer a portaria de nomeação e regulamento de funcionamento da comissão. Apresentação de cópia ao CEAAC/NAC dos dados comprobatórios contidos no método de aferição	2,0
Funcionamento do Comitê de Ética em Pesquisa	Resolução CNS Nº196/96 versão 2012	Verificação da reunião mensal com fornecimento da ata contendo os títulos dos projetos, data da apresentação ao comitê, pareceres, acompanhamentos dos projetos em cursos e encaminhamentos pertinentes.	Realizar pelo menos uma reunião mensal, em caráter ordinário, podendo se reunir de forma extraordinária, quando se faça necessário.	Na primeira reunião da comissão fornecer a portaria de nomeação e regulamento de funcionamento. Apresentação dos dados comprobatórios contidos no Método de aferição.	2,0

Comissão de Farmácia e Terapêutica	Portaria MEC nº 35 de 14 de janeiro de 1986, Resolução CFF nº 449 de 24 de outubro de 2006, Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, RDC 67, de 8 de Outubro de 2007	Verificação da reunião mensal com fornecimento da ata contendo a análise pertinente as competências desta comissão e encaminhamentos necessários. Além de ações de farmacovigilância (conforme perfil da instituição – checar com a unidade).	Realizar pelo menos uma reunião mensal, em caráter ordinário, podendo se reunir de forma extraordinária, quando se faça necessário.	Na primeira reunião da comissão fornecer a portaria de nomeação, regulamento de funcionamento e padronização dos medicamentos. Apresentação dos dados comprobatórios contidos no método de aferição	3,0
Comitê Transfusional	Resolução-RDC/ANVISA nº 153, de 14 de junho de 2004	Verificação mensal dos indicadores, com fornecimento da ata contendo a análise pertinente as competências deste comitê e encaminhamentos necessários trimestralmente. Além de ações de hemovigilância.	Apresentar mensalmente os indicadores específicos e realizar reunião ordinária trimestralmente ou extraordinária quando se fizer necessário	Na primeira reunião do comitê fornecer a portaria de nomeação e regulamento de funcionamento. Apresentação dos dados comprobatórios contidos no método de aferição	3,0
Núcleo do Segurança do Paciente	RDC 36, DE 25 DE JULHO DE 2013, RDC 63 de 25/11/2011, PORTARIA Nº 2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013 portaria 529 de 01/04/2013, PORTARIA 1377/2013 e Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade ANVISA, 2014.	Monitoramentos dos processos, indicadores, gerenciamento de riscos, acompanhamento das notificações de incidentes/eventos com encaminhamentos pertinentes e propostas de melhorias.	Garantir o funcionamento/atuação regular do Núcleo de Segurança do Paciente.	Na primeira reunião da comissão fornecer a portaria de nomeação, regulamento de funcionamento e mensalmente apresentar atas com as atividades realizadas e plano de ação, evidência de registro em prontuário, visita a enfermaria para verificação in loco	3,0
Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos	Portaria MS nº 3.390 de 30/12/2013	Estabelecer perfil assistencial conforme pactuação no POA validado pela CEAAC e CER, estabelecer Diretrizes e Protocolos conforme perfil assistencial demonstrando monitoramento dos mesmos. Iniciar com os Diretrizes e protocolos clínicos definidos, implementando novos conforme sinalização/sugestão da CEAAC.	Garantir intervenções seguras e resolutivas, evitando ações desnecessárias, qualificando a assistência ao usuário	Na primeira reunião da comissão estabelecer as Diretrizes e Protocolos multidisciplinares prioritários para segurança da assistência com implantação gradativa dos protocolos acordados em comissão.	2,0
Terapia Nutricional	Resolução - RDC nº 63, de 6 de julho de 2000 e RDC Nº 503/2021 de 27 de maio de 2021 e RDC Nº 216/2004 de 15 de setembro de 2004	Garantir o acompanhamento nutricional dos pacientes com indicação, assegurando a prescrição e administração de dietas especiais	Verificação in loco	Verificação in loco nos prontuários por amostragem e verificação dos indicadores deste serviço	2,0

Garantir o manejo dos resíduos sólidos consolidado com o Plano de Gerenciamento de Resíduo de Serviços de Saúde – PGRSS da Unidade	Resolução da RDC ANVISA nº 306/2004 e RESOLUÇÃO CONJUNTA CONSEMA e DIVS nº 01 de 06 de dezembro de 2013	Verificação das ações quanto ao manejo dos resíduos sólidos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento, bem como ações de proteção ao meio ambiente	Execução das ações do PGRSS	Na primeira reunião da comissão fornecer o PGRSS da unidade deferido pela DIVISA. Verificação mensal in loco do manejo dos resíduos.	2,0
Implantar/Implementar o partograma	Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do MS – Rede Cegonha	Preenchimento adequado do prontuário da parturiente, incluindo partograma	Preencher 100% dos prontuários e partogramas (trabalho de parto maior ou igual a 5 cm de dilatação cervical)	Prontuários	2,0
Assistência às parturientes com administração de Imunoglobulina Anti-Rh (D) em casos específicos	Regra contratual SESAB	Evidência em prontuários	Garantir 100% da administração de Imunoglobulina Anti-Rh (D) nos casos específicos com realização do Coombs direto	Prontuários	2,0
SUBTOTAL					33,0

EDUCAÇÃO CONTINUADA					
INDICADOR	FUNDAMENTO LEGAL	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO
Educação Permanente em Saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, incluindo Boas Práticas nos vários setores da unidade	Portaria Nº 3390 GM de 30 de Dezembro de 2013	Apresentação do programação anual de capacitação do corpo profissional da instituição. Registro do conteúdo temático da capacitação e listas de frequências conforme programação.	100% da programação mensal executada	Na primeira reunião da comissão fornecer a programação anual de capacitação. Apresentação dos dados comprobatórios contidos no método de aferição.	4,0
Programa de Residência Médica e Residência Multiprofissional	Portaria Interministerial Nº 285, de 24 de março de 2015	Relação nominal dos residentes por área a cada competência	Manutenção do Programa de Residência Médica	Apresentação dos relatórios específicos periódicos	1,0
Cursos de Graduação nas áreas da saúde	Portaria Interministerial Nº 285, de 24 de março de 2015	Relação nominal dos alunos por área, como campo de estágio para, no mínimo, três profissões.	Ampliar número de cursos de Graduação nas áreas de saúde	Apresentação dos relatórios específicos periódicos	1,0
SUBTOTAL					6,0

ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR					
INDICADOR	FUNDAMENTO LEGAL	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA)	Norma Regulamentadora nº 05, aprovada pela Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978 e atualizada pela Portaria MTP N° 4.219, de 20 de dezembro de 2022 - Ministério do Trabalho e Emprego – MTE.	Verificação da reunião mensal com fornecimento da ata contendo a análise pertinente das competências desta comissão, encaminhamentos inerentes e assinatura dos membros participantes. Acompanhar a execução do Plano Anual de Trabalho.	Realizar pelo menos uma reunião mensal, em caráter ordinário, podendo se reunir de forma extraordinária, quando se faça necessário com produção da ata e relatórios pertinentes. Verificação da execução do cronograma do Plano Anual de Trabalho.	Na primeira reunião da comissão fornecer a portaria de nomeação e regulamento de funcionamento da comissão. Apresentação de cópia ao CEAAC/NAC dos dados comprobatórios contidos no método de aferição	2,0
Assistência ao funcionário exposto a acidente biológico no trabalho	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais -Junho/2017, Recomendações para atendimento e acompanhamento de Exposição Ocupacional a Material Biológico: HIV e Hepatites B e C - MS	Existência de fluxo e protocolo preconizados, disponíveis e de fácil acesso, disseminado a todo corpo institucional, com encaminhamentos pertinentes, além de monitoramento dos casos existentes.	Garantir a assistência ao funcionário exposto a acidente biológico	Protocolo disponível no setores, relatórios emitidos pelo SESMT/CCIH sobre os acidentes biológicos, entrevista ao corpo institucional por amostragem.	2,0
SUBTOTAL					4,0

HUMANIZAÇÃO					
INDICADOR	FUNDAMENTO LEGAL	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO
Funcionamento do serviço de Ouvidoria	Manual de Ouvidoria do SUS /MS/2014, Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS 2ª edição/2014	Verificação do funcionamento regular da ouvidoria, observando a tratativa e feedback ao cliente referente as notificações realizadas.	80% das tratativas e feedbacks ao cliente.	Na primeira reunião da comissão fornecer o regulamento de funcionamento da ouvidoria com apresentação dos dados comprobatórios contidos no método de aferição através de planilhas e gráficos.	2,0
Satisfação do cliente	Ficha técnica ANS + Critério SUREGS	Verificação do consolidado da pesquisa de satisfação aplicada e estratificada por setores, retratada por meio de planilhas e gráficos, com demonstrativo de melhorias oriundas dos registros dos clientes através de plano de ação.	Realizar pesquisa de satisfação do cliente acima de 50% das saídas/mês, mantendo satisfação maior ou igual a 70%. Os dados de pesquisa aplicados a nível ambulatorial, deverão ser apresentados separadamente da internação	Relatório mensal de análise de pesquisa de satisfação realizada	2,0
Instituição de horário de visita diária ao paciente, respeitando a dinâmica do hospital	Humaniza SUS - PNH	Evidência <i>in loco</i>	Garantir o direito de visita diária ao paciente por período mínimo de 4 horas	Verificação de normas institucionais e material educativo	2,0
Manutenção de acompanhante para pacientes prioritários assegurando condições mínimas para permanência dos mesmos	Humaniza SUS - PNH	Evidência <i>in loco</i>	Garantir o direito a acompanhante nas 24 horas	Verificação de normas institucionais e verificação <i>in loco</i>	2,0

Garantia do acesso ao deficiente físico	Humaniza SUS - PNH	Evidências <i>in loco</i>	Garantir o acesso ao deficiente físico	Verificação <i>in loco</i> (rampas, barras de apoio, cadeiras de rodas, cadeiras de banho)	1,0
SUBTOTAL					9,0

MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO					
INDICADOR	FUNDAMENTO LEGAL	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO
Elaboração e execução do Plano de Manutenção Preventiva Predial.	Regra contratual SESAB	Constatação <i>in loco</i> da execução do plano (tais como: preventiva de gerador, lavagem de tanques, controle do ar, água, dedetização entre outros). Nos casos de desenvolvimento de ações de reformas e adequações necessárias, a instituição deverá assegurar a atuação do seu Comitê de Obras (com formação multisetorial que se faça necessária) para planejamento e execução das mesmas. Verificação <i>in loco</i> da execução e planejamento da obra/reforma validado pelo Comitê de Obras.	100% da programação executada e verificação da atuação do Comitê de Obras	Na primeira reunião da comissão fornecer plano anual de manutenção preventiva predial e comprovação através das ordens de serviço. Apresentação mensal da comprovação das ordens de serviços. Verificação <i>in loco</i> nos setores por amostragem. Em casos de reformas e adequações que se façam necessárias, apresentar a validação prévia do comitê	2,0
Apresentação do plano de prevenção dos equipamentos	Regra contratual SESAB	Plano de Manutenção elaborado e implantado, avaliando programação proposta e efetivada	100% da programação executada	Na primeira reunião da comissão fornecer plano anual de manutenção preventiva de equipamentos e verificação <i>in loco</i> dos equipamentos conforme programação de execução, além do acompanhamento do planejado x executado em sistema/impresso.	2,0
SUBTOTAL					4,0

BOAS PRÁTICAS					
INDICADOR	FUNDAMENTO LEGAL	MÉTODO DE AFERIÇÃO	META	FONTE DE AFERIÇÃO	PONTUAÇÃO
Garantir requisitos de boas práticas para prestação da assistência, assegurando a qualidade nos serviços executados	Regra Contratual SESAB	Visita <i>in loco</i> em setores assistenciais e de apoio com verificação da estrutura física, organizacional, fluxos e processos em conformidade com as legislações pertinentes	Verificar por amostragem o funcionamento do setor a ser avaliado	Visita <i>in loco</i> por amostragem avaliando de forma sistêmica o setor conforme o método de aferição.	2,0
SUBTOTAL					2,0
TOTAL GERAL					100,0

ü As metas para avaliação de cada indicador deverá ser acrescida mensalmente (Jan a Dez), possibilitando, assim, aferir a linha de tendência do indicador.

ü A qualquer momento a unidade hospitalar credenciada poderá sofrer avaliação in loco das informações encaminhadas a contratante pela equipe da SESAB.

ü A pontuação dos indicadores/métodos de avaliação se dará considerando o cumprimento total do indicador, caso a unidade não consiga atingir a meta, com justificativa técnica embasada, não persistindo, poderá ser pontuada conforme avaliação da comissão.

Ao final da execução de cada plano operativo, os indicadores poderão ser avaliados para mais ou para menos conforme avaliação e parecer da Comissão

Todos os indicadores que impliquem em documentação comprobatória deverão monitorados, encaminhados e avaliados mensalmente ao Núcleo de Acompanhamento de Contratos - NAC até o primeiro dia de cada mês.

ROBERTA SILVA DE CARVALHO SANTANA
Secretária de Estado da Saúde
CONTRATANTE

ADEMAR ARTHUR CHIORO
DOS REIS

Representante Legal
CONTRATADA

LUMENA ALMEIDA CASTRO
Representante Legal
CONTRATADA

SINAIDE SANTOS
CERQUEIRA COELHO

Representante Legal
CONTRATADA

ROBERTA KARINA DA
SILVA VIEIRA

Representante Legal
CONTRATADA



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Karina da Silva Vieira, Usuário Externo**, em 22/05/2025, às 13:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **SINAIDE SANTOS CERQUEIRA COELHO, Usuário Externo**, em 22/05/2025, às 15:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **LUMENA ALMEIDA CASTRO FURTADO, Usuário Externo**, em 02/06/2025, às 14:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniel Gomes Monteiro Beltrammi, Usuário Externo**, em 09/06/2025, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Silva de Carvalho Santana, Secretário(a) Estadual de Saúde**, em 26/06/2025, às 15:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00114504382** e o código CRC **690BF450**.