



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO ANUAL⁽¹⁾

EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO 03/2023
HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA - HMISC
PERÍODO - ANO DE 2025⁽²⁾

NOME DO HOSPITAL

Hospital Materno Infantil Santa Catarina, CNES nº 2594277, CNPJ nº 82.951.245/0001-69

ENDEREÇO

Rua Wenceslau Braz, nº 1015, Operária Nova, Criciúma/SC. CEP 88809-020. Telefone: (48) 3512-2137

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS.

CONTRATO DE GESTÃO

Processo SES/SEA nº 3871/2023, referente ao Contrato de Gestão 03/2023 + Errata.

Florianópolis, 09 de junho de 2026.

(1) Este Relatório de Avaliação, baseia-se no Relatório de Execução das Metas e Resultados da Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais (GAEMC), referente ao ano de 2025 do Hospital Materno Infantil Santa Catarina- HMISC, PSES nº 177205/2025 (1º trimestre), 240734/2025 (2º trimestre), 38597/2026 (3º trimestre) e 112406/2026 (4º trimestre).

(2) O Relatório de Avaliação do ano de 2025, é o resultado da análise dos Relatórios de Avaliação de Execução enviados mensalmente pelo HMISC. Estes relatórios poderão ser localizados nos Processos Digitais da SES nº 45139/2025 (Janeiro), 60178/2025 (Fevereiro), 88480/2025 (Março), 113966/2025 (Abril), 140058/2025 (Maio), 165622/2025 (Junho), 192403/2025 (Julho), 219166/2025 (Agosto), 248166/2025 (Setembro), 282547/2025 (Outubro); 304318/2025 (Novembro) e 11924/2026 (Dezembro).

SUMÁRIO

	Página
1- CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL	3
2- HABILITAÇÕES	5
3- COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO	5
3.1 Termos Aditivos ao CG 03/2023	5
3.2 Documentos de Referência	6
3.3 Estrutura e Volume da Produção Assistencial Contratada	6
3.4 Meta dos Indicadores de Qualidade Contratados	11
4- RESULTADO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	17
4.1 Atendimento de Urgência e Emergência	17
4.2 Assistência Hospitalar (Internações)	18
4.3 Atendimento Ambulatorial	20
4.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	24
4.5 Resumo dos Resultados da Produção Assistencial	25
5- RESULTADO DOS INDICADORES QUALIDADE	26
5.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar	27
5.2 Pesquisa de Satisfação do Usuário	27
5.3 Controle de Infecção Hospitalar	29
5.4 Mortalidade Operatória e Hospitalar	30
5.5 Segurança do Paciente	30
5.6 Banco de Leite Humano	31
5.7 Rede Cegonha	32
5.8 Análise dos Indicadores de Qualidade	32
6- REGRAS PARA PAGAMENTO	33
6.1 Regras para Aferição Financeira da Produção Assistencial	34
6.2 Regras para Aferição Financeira dos Indicadores de Qualidade	35
7- PARECER CONCLUSIVO	37

1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

(<https://www.ideas.med.br/unidades-administradas/>)

O Hospital Materno Infantil Santa Catarina – HMISC, está localizado na cidade de Criciúma, no Sul do Estado, sendo gerenciado pela Organização Social – Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS, desde de 2016, inicialmente em parceria com a Prefeitura Municipal de Criciúma e a partir de dezembro de 2018 com o Governo do Estado de Santa Catarina.

No final de 2018 foi ampliado, tornando-se referência materno-infantil na região Sul de Santa Catarina. O investimento total passou de R\$ 5 milhões, passando a contar com 109 leitos, mais do que o dobro até então oferecido, e transformando-se em maternidade para casos de alto risco, além de manter o pronto atendimento. Também passou a contar com Banco de Leite Humano.

A partir de janeiro de 2019, iniciou o Serviço de Cirurgia por Vídeo, Cirurgias Eletivas Pediátricas, Ginecológicas e nas especialidades de Otorrinolaringologia e Bucomaxilofacial. Desde 2022, com a aquisição do Arco Cirúrgico (equipamento que produz imagens do corpo humano em tempo real), o Hospital que não possuía Serviço de Ortopedia, passou a ser referência na especialidade, realizando Cirurgias Ortopédicas Pediátricas.

O HMISC unidade do Governo do Estado, conquistou pela primeira vez o selo de reconhecimento da Organização Nacional de Acreditação (ONA) na categoria Serviços Hospitalares. Para ter a qualidade autenticada, a unidade precisou atender a padrões reconhecidos internacionalmente pela ONA, a unidade superou os 70% da meta estipulada dos padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA.

As informações a seguir foram retiradas do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), referentes ao mês de dezembro de 2025 e visam demonstrar alguns serviços e características técnicas da unidade Hospitalar, dentro do período de avaliação e elaboração deste relatório para a Comissão de Avaliação, Fiscalização e Monitoramento do Contrato de Gestão 03/2023, sítio eletrônico:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/4204602594277comp=202512>

CAPACIDADE	QUANTIDADE
1- Recursos Humanos	900
2- Total de leitos (incluindo UTI)	125
3- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	10
4- Unidade de Isolamento	2
5- UTI Neonatal II	20
6- UTI Pediátrica II	10
7- Leitos Cirúrgicos	5
8- Leitos Clínicos	5
9- Leitos Cirúrgicos Ginecologia	5
10- Leitos Cirúrgicos Ortopediatraumatologia	1
11- Leitos Clínicos Geral	5

12- Leitos Cirúrgicos Obstétricos	6
13- Leitos Clínicos Obstétricos	17
14- Leitos Cirúrgicos Pediátricos	4
15- Leitos Clínicos Pediátricos	40
16- Centro Cirúrgicos	03 Salas
17- Sala de Recuperação Pós-Anestésico	04 Leitos
18- Sala de Cirurgia Ambulatorial	01
19- Sala de Parto Normal	04
20- Sala de Pré Parto	06
SERVIÇO DE APOIO	CARACTERÍSTICA
1- Ambulância	Terceirizado
2- Banco de Leite	Próprio
3- Centro de Materiais e Esterilização_CME	Próprio
4- Farmácia	Próprio
5- Lactário	Próprio
6- Serviço de Nutrição e Dietética	Próprio
7- Serviço de Manutenção de Equipamentos	Terceirizado
SERVIÇO ESPECIALIZADOS	CARACTERÍSTICA
1- Serviço de Atenção à Saúde Auditiva	Próprio
2- Atenção as pessoas em situação de violência sexual	Próprio
3- Reabilitação	Próprio
4- Laboratório	Terceirizado
5- Farmácia	Próprio
6 - Serviço de Hemoterapia	Próprio
7- Transplante	Próprio
SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	CARACTERÍSTICA
1- Eletrocardiograma_ECG	Próprio
2- Eletroencefalografico	Próprio e Terceirizado
3- Endoscopia (Digestiva, Respiratória, Urinária)	Próprio
4- Radiologia	Próprio
5- Ressonância Magnética	Terceiro
6- Tomografia Computadorizada	Próprio
7- Ultrassonografia (Convencional e com Doppler)	Próprio
8- Teste de Holter	Próprio
9- Teste Ergométrico	Próprio

2. HABILITAÇÕES

HABILITAÇÕES VIGENTES				
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	ORIGEM	INÍCIO	FIM
1901	Laqueadura	Local	02/2020	-
2603	UTI II Pediátrica	Nacional	05/2007	-
2610	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II - UTIN II	Nacional	05/2017	-
2802	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO)	Nacional	12/2023	-
2902	PMAE - Componente Cirurgias	Local	05/2023	-

3. COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

3.1 Apostilamento e Termos Aditivos ao CG 03/2023 (até dezembro de 2025)

Nº do Termo Aditivo (TA) ou Apostilamento	Data de publicação no DOE de SC	CLÁUSULA PRIMEIRA Trata do Objeto do Contrato de Gestão
1º TA	21/06/2024 DOE nº 22291	O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de recurso financeiro no valor de R\$ 1.799.679,00 (um milhão e setecentos e noventa e nove mil e seiscentos e setenta e nove reais), em parcela única, à Executora, proveniente de Emenda Parlamentar, Proposta nº 80673411000123023, Portaria GM/MS nº 2.880/2023, para fins de aquisição de equipamentos destinados ao Hospital Materno Infantil Santa Catarina - HMISC.
2º TA	09/09/2024 DOE nº 22349	O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de recurso financeiro no valor de R\$ 221.589,13 (duzentos e vinte e um mil e quinhentos e oitenta e nove reais e treze centavos), em parcela única, à Executora, proveniente da Emenda Impositiva nº 416, Lei Estadual nº 18.744/2023, destinados ao Hospital Materno Infantil Santa Catarina, para fins de aquisição de aparelho de Raio X Digital.
3º TA	09/10/2024 DOE nº 22371	O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de recursos financeiros no valor de R\$ 6.000.000,00 (seis milhões de reais), em parcela única, à Executora, destinados ao apoio financeiro para execução de obras e reformas de infraestrutura da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, rede elétrica do Pronto Atendimento Infantil, bem como, no telhado do Hospital Materno Infantil Santa Catarina.
4º TA	08/09/2025 DOE nº 22593	O presente Termo Aditivo tem por objeto a alteração do subitem 11.1.3 e do item 11.1 da Cláusula Décima Primeira, do Contrato de Gestão nº 03/2023, os quais passam a vigorar

		como segue: 11.1. É dever da EXECUTORA garantir quadro de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo adequado ao número de leitos da Unidade e aos serviços prestados, com obediência às Normas do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). 11.1.2. Fica autorizada a contratação de pessoa jurídica, independentemente de inexistência de contratação de pessoa física e da área de atuação do profissional (médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e/ou técnicos em radiologia), desde que sigam os princípios norteadores e os ritos dos regulamentos preestabelecidos, com a efetiva comprovação da prestação do serviço, bem como em consonância com a legislação trabalhista e previdenciária.
--	--	--

3.2 Documentos de Referência

Este relatório apresenta os resultados obtidos no 1º semestre e 2º semestre de 2025 com a execução do Contrato de Gestão nº 03/2023, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e a Organização Social Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS, para o gerenciamento do Hospital Materno Infantil Santa Catarina – HMISC, em conformidade com a Lei Estadual nº 12.929, de 04 de fevereiro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 4.272, de 28 de janeiro de 2006 e atualizações.

O volume, a estrutura das atividades contratadas e as regras para pagamento encontram-se nos Anexos Técnicos I (Descrição dos Serviços), II (Metas de Produção Assistencial e Indicadores de Qualidade) e III (Sistemática de Pagamento, Cronograma de Desembolso Financeiro, Regras e Critérios para Aferição das Metas e Indicadores de Qualidade e, de Aplicação de Desconto) do Contrato de Gestão nº 03/2023 - Processo SES/SEA nº 3871/2023.

Todas as prerrogativas contratuais presentes no corpo deste relatório referentes às Metas de Produção Assistencial e Indicadores de Qualidade contratados e Sistemática de Pagamento, estão baseados no Contrato de Gestão e nos Termos Aditivos, devidamente publicados e passíveis de conferência no endereço eletrônico abaixo:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/organizacoes-sociais-os/contratos-de-gestao/contratos-de-gestao-vigentes>

3.3 Estrutura e Volume da Produção Assistencial Contratada

As Metas de Produção Assistencial (MP) propostas englobam os procedimentos a serem executados pelo Hospital Materno Infantil Santa Catarina - HMISC a nível hospitalar e ambulatorial, devidamente processados no DATASUS, bem como aqueles que ainda não são passíveis de processamento (pág. 30 do CG 03/2023).

O Hospital deverá informar mensalmente as Metas de Produção Assistencial (MP), que estão relacionados à quantidade de assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à capacidade instalada, efetividade da gestão e ao desempenho da unidade (pág. 38 do CG 03/2023).

As MP deverão ser enviadas em relatórios oficiais através de processo eletrônico, ou outro sistema informado pelo ÓRGÃO SUPERVISOR, **até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente, sendo tolerável até o 20º dia** (tendo em vista a implantação do novo sistema de gestão hospitalar do HMISC) à Gerência de Acompanhamento e Execução das Metas Contratuais - GAEMC (pág. 38 do CG 03/2023).

O acompanhamento das atividades realizadas pela EXECUTORA será efetuado através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Ministério da Saúde, bem como através de sistemas de informação, formulários e instrumentos para registro de dados de produção e gerenciais definidos pelo ÓRGÃO SUPERVISOR (págs. 28-29 do CG 03/2023).

São consideradas Metas de Produção Assistencial deste Contrato de Gestão, as seguintes modalidades:

- MP I – Atendimento de Urgência e Emergência;
- MP II – Assistência Hospitalar - Internações;
- MP III – Atendimento Ambulatorial;
- MP IV – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo.

Para fins de aferição financeira, conforme o Anexo Técnico III, as especialidades das Modalidades: Assistência Hospitalar, Atendimento Ambulatorial e SADT Externo, possuem peso percentual que corresponde ao valor a ser pago para cada especialidade (pág. 38 do CG 03/2023).

As Metas de Produção Assistencial poderão ser reavaliadas e alteradas semestralmente, de acordo com as regras definidas no Contrato de Gestão e seus Anexos Técnicos I e II (pág. 38 do CG 03/2023).

3.3.1 Atendimento de Urgência e Emergência

O Atendimento de Urgência e Emergência será realizado no serviço de Pronto Socorro do Hospital, com funcionamento 24 horas, ininterruptamente, na modalidade “Porta Aberta”, ou seja, atendendo pacientes referenciados, encaminhados pelo Município e pela Central de Regulação de Urgências e Emergências do SAMU, e os que chegarem de forma espontânea (pág. 39, item 1.5.2 do CG 03/2023).

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **3.500 (três mil e quinhentos) atendimentos de Urgência e Emergência**, observando a variação ± 15%.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	META/MÊS
1. Atendimento de Urgência e Emergência em Atenção Especializada	-----

2. Atendimento Ortopédico Pediátrico com Imobilização	-----
TOTAL	3.500

Fonte: CG 03/2023, pág. 39.

3.3.2 Assistência Hospitalar - Internações

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos em saúde oferecidos ao usuário desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) contemplados na tabela unificada do SUS - SIGTAP. Em caso de necessidade justificada de uso de OPME não prevista na Tabela do SUS, a SES/SC deverá autorizar previamente o orçamento (pág. 31 do CG 03/2023).

A assistência hospitalar poderá ser realizada em regime de Hospital-Dia, entendida como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas (pág. 33, item 22 do CG 04/2023).

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **515 (quinhentos e quinze) saídas hospitalares**, com variação de $\pm 10\%$, que serão avaliadas conforme as regras de aferição do Anexo Técnico III (pág. 39 do CG 03/2023).

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR - INTERNAÇÃO	Meta Mês	Distribuição Peso %
1. Clínica Cirúrgica	140	25%
2. Clínica Médica	40	15%
3. Clínica Obstétrica	220	40%
4. Clínica Pediátrica	115	20%
TOTAL	515	100%

Fonte: CG 03/2023, pág. 39.

As internações hospitalares em Clínica Cirúrgica mencionada acima, deverão atender o quantitativo abaixo:

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR - INTERNAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA	Meta Mês	Distribuição Peso %
1. Bucomaxilofacial Pediátrico	05	5%
2. Cirurgia do Aparelho Geniturinário Pediátrico	30	15%

3. Cirurgia Ginecológica	30	20%
4. Cirurgia Pediátrica	40	30%
5. Cirurgia Ortopédica Pediátrica	15	10%
6. Otorrinolaringologia Pediátrica	20	20%
TOTAL	140	100%

Fonte: CG 03/2023, págs. 39-40.

O indicador de aferição será a SAÍDA HOSPITALAR que será acompanhada através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) emitida pelo próprio Hospital e encaminhada para a Gerência de Processamento (GMAPS) da SES/SC para fins de avaliação e processamento pelo Ministério da Saúde (MS) (pág. 40, item 1.6.3 do CG 03/2023).

As saídas cirúrgicas correspondem as cirurgias não programadas de pacientes internados, as cirurgias programadas de pacientes eletivos, em lista de espera, encaminhados pela Central de Regulação de Internações Hospitalares e de pacientes do trauma ortopédico também em lista de espera. As cirurgias realizadas de Urgência e Emergência, de pacientes em demanda espontânea ou referenciada também poderão ser computadas neste indicador (pág. 40 do CG 03/2023).

Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado e a assistência através de equipe de saúde multidisciplinar, conforme a necessidade do paciente durante a internação hospitalar (pág. 40 do CG 03/2023).

3.3.3 Atendimento Ambulatorial

O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, no mínimo, atendendo usuários egressos do próprio Hospital e usuários provenientes da Atenção Básica, encaminhados pela Central de Regulação do Estado para as especialidades previamente definidas, conforme o volume mensal pactuado. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente realizada por profissionais médicos e profissionais nas áreas de bucomaxilofacial, fonoaudiologia, psicologia e nutrição (págs. 41-42 do CG 03/2023).

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **1.238 (mil duzentos e trinta e oito)** consultas e procedimentos, subdividido em **consultas médicas**, com meta mensal de **948 (novecentos e quarenta e oito)** e **consultas não médicas**, com meta mensal de **290 (duzentos e noventa)**, observando a variação de $\pm 10\%$, que serão avaliados conforme as regras de aferição do Anexo Técnico III (Errata do CG 03/2023).

ATENDIMENTO AMBULATORIAL		Meta Mês	Distribuição Peso %
CONSULTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	1. Alergia e Imunologia	10	1%
	2. Cardiologia Pediátrica	30	3%
	3. Cirurgia Geral Pediátrica	100	10%
	4. Cirurgia Ginecológica	80	4%
	5. Dermatologia Pediátrica	10	1%
	6. Endocrinologia Pediátrica	15	6%
	7. Gastroenterologia Pediátrica	20	2%
	8. Genética	20	2%
	9. Gestação de Alto Risco	280	20%
	10. Ginecologia/ Mastologia	80	10%
	11. Infectologia Pediátrica	10	2%
	12. Infertilidade	03	1%
	13. Neonatologia	80	10%
	14. Neurologia Clínica Pediátrica	40	6%
	15. Oftalmologia Pediátrica	40	6%
	16. Ortopedia Pediátrica	50	6%
	17. Otorrino Pediátrica	40	6%
	18. Pneumologia Pediátrica	20	2%
	19. Urologia Pediátrica	20	2%
TOTAL		948	100%

Fonte: CG 03/2023, pág. 41.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL		Meta Mês	Distribuição Peso %
CONSULTAS NÃO MÉDICAS	1. Bucomaxilofacial	20	15%
	2. Fonoaudiologia	210	55%
	3. Psicologia	30	15%
	4. Nutrição	30	15%
TOTAL		290	100%

Fonte: CG 03/2023, pág. 41.

Serão considerados Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais aqueles realizados no ambulatório que não requeiram hospitalização. Ficam excluídos os procedimentos de retirada de pontos e curativos simples pós-operatório (pág. 34 do CG 03/2023).

Os quantitativos previstos para as consultas ambulatoriais deverão ser distribuídos de forma que, pelo menos 50% de cada especialidade, seja destinado para Primeira Consulta, estes deverão ser regulados pela Central de Regulação do Estado, na sua integralidade, sendo o restante garantido como Consulta de Egresso e Subsequente, respeitando a normas da Regulação Estadual (pág. 35 do CG 03/2023).

3.3.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT

O SADT Externo deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, no mínimo, disponibilizando exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos no ambulatório, egressos do próprio Hospital ou provenientes da Atenção Básica, encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial do Estado para os serviços previamente definidos, conforme o volume mensal pactuado (pág. 42 do CG 03/2023).

O HMISC deverá manter os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Interno ininterruptamente (24 horas por dia), por meio da disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação do próprio Hospital (pág. 36 do CG 03/2023).

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **75 (setenta e cinco) exames**, observando a variação $\pm 15\%$, que serão avaliados conforme as regras de aferição do Anexo Técnico III (pág. 42 do CG 03/2023).

ATENDIMENTO AMBULATORIAL		Meta Mês	Distribuição Peso %
EXAMES	1. Biópsia de Colo Uterino	10	20%
	2. Mamografia Bilateral para Rastreamento	50	60%
	3. Histeroscopia Diagnóstica	15	20%
TOTAL		75	100%

Fonte: CG 03/2023, pág. 42.

Para fins de aferição de meta serão considerados exames externos os atendimentos realizados em caráter eletivo, ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada mês, tendo como parâmetro o dia em que o paciente realizou o exame no Hospital. Esta meta será acompanhada através do Sistema de Informações Ambulatoriais.

3.4 Meta dos Indicadores de Qualidade Contratados

O Hospital deverá informar mensalmente os Indicadores de Qualidade (IQ), que medem aspectos relacionados à eficiência dos processos de trabalho e à satisfação dos usuários, fornecendo subsídios para a implementação de ações para melhoria contínua do atendimento (pág. 42 do CG 03/2023).

Os IQ deverão ser enviados mensalmente em relatórios oficiais através de processo eletrônico, ou outro sistema informado pelo ÓRGÃO SUPERVISOR, até o **15º (décimo quinto) dia do mês subsequente** à Gerência de Acompanhamento e Execução das Metas Contratuais – GAEMC (tolerável até o 20º dia, tendo em vista a implantação do novo sistema de gestão hospitalar do HMISC).

São considerados Indicadores de Qualidade deste Contrato de Gestão:

- IQ 1 - Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
- IQ 2 - Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU);
- IQ 3 - Controle de Infecção Hospitalar;
- IQ 4 - Mortalidade Operatória e Hospitalar;
- IQ 5 - Segurança do Paciente;
- IQ 6 - Banco de Leite Humano (BLH);
- IQ 7 - Rede Cegonha.

Os IQ poderão ser reavaliados trimestralmente, ou seja, alterados ou introduzidos novos Indicadores de Qualidade, considerando o desenvolvimento da gestão, a complexidade do Hospital e a inserção de novas tecnologias em saúde (pág. 43 do CG 03/2023).

3.4.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar tem por finalidade avaliar a qualidade da gestão hospitalar por meio da proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, ou seja, o nº de internações ou saída hospitalar no mês (pág. 43 do CG 03/2023).

Este indicador compara o volume das saídas hospitalares por mês em relação ao volume de produção das contas hospitalares encaminhadas para a GMAPS dentro dos prazos previstos. Espera-se que o número de AIH's apresentadas seja igual ou maior que o volume de saídas hospitalares (pág. 44 do CG 03/2023).

Meta: atingir 100% (cem por cento) de todas as AIH's autorizadas pelo gestor e apresentadas em relatório, devendo estar em acordo com as saídas hospitalares (nº de internações) em cada mês de competência.

3.4.2 Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU)

A Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) tem por finalidade avaliar o nível de satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes sobre o atendimento do Hospital, através da aplicação de um questionário padrão, que avalia a percepção do usuário sobre a estrutura, limpeza, nutrição e o atendimento dos profissionais (pág. 44 do CG 03/2023).

Este indicador será avaliado por meio do *percentual de pacientes/acompanhantes entrevistados*, bem como, por meio do *nível geral de satisfação dos usuários*.

A PSU deverá ser avaliada mensalmente, em 04 (quatro) Grupos de Usuários a serem pesquisados, o quadro a seguir estabelece os grupos, público-alvo da pesquisa com o percentual mínimo para cada grupo pesquisado:

UNIDADES PARA APLICAÇÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO		
SETOR		% de PSU Mensal
A	Pacientes ou acompanhantes em atendimento no serviço de urgência e emergência	3%
B	Pacientes ou acompanhantes de pacientes internados	10%
C	Pacientes ou acompanhantes de pacientes em atendimento ambulatorial ou SADT Externo	3%
D	Pacientes ou acompanhantes de pacientes após alta hospitalar	10%
TOTAL		26%

Fonte: CG 03/2023, pág. 44.

Meta: atingir o percentual mínimo de pacientes/acompanhantes entrevistados em cada grupo e o nível de satisfação geral do hospital deverá ser igual ou maior que 90% (noventa por cento).

3.4.3 Controle de Infecção Hospitalar (IH)

“A Infecção Hospitalar (IH) é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (Portaria GM/MS nº 2.616/1998). Os Indicadores de Controle de IH têm por finalidade avaliar a qualidade da assistência na prevenção e controle das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (pág. 45 do CG 03/2023).

A seguir, os indicadores a serem monitorados neste contrato:

- Taxa de Infecção Geral Hospitalar;
- Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Pediátrica e Neonatal;
- Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central (CVC) em UTI Pediátrica e Neonatal;
- Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM) em UTI Pediátrica e Neonatal.

As informações relativas à UTI Neonatal deverão ser apresentadas conforme a estratificação de peso abaixo:

- UTI Neo $\leq$ 1.000g
- UTI Neo de 1.001g - 1.500g
- UTI Neo de 1.501g - 2.500g
- UTI Neo $>$ 2.500g

Meta: envio do relatório mensal, elaborado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da unidade, que contenha o valor dos indicadores mensais, a análise dos resultados com o comparativo de

referência e o plano de ação com as medidas de correção e controle, quando se fizerem necessárias. O relatório deverá estar assinado pelo enfermeiro e médico infectologista do serviço.

3.4.4 Mortalidade Operatória e Hospitalar

Os Indicadores de Mortalidade serão medidos através da Taxa de Mortalidade Operatória (TMO) pela Classificação ASA e Taxa de Mortalidade Institucional (TM).

A Taxa de Mortalidade Operatória (TMO) é a relação percentual entre o número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram durante ou até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período (pág. 46 do CG 03/2023).

As informações enviadas pelo Hospital referente ao TMO deverão estar dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela Agência Nacional de Saúde (novembro de 2012).

A Taxa de Mortalidade Institucional (TM) é medida através da relação percentual entre o número de óbitos ocorridos após 24 horas da admissão e o número de saídas hospitalares no mesmo período.

A Classificação do Estado Físico da ASA, segue os critérios adotados pela classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA) para Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por Classes de 1 a 5:

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO DA ASA		
Classes	TMO	Pacientes cirúrgicos segundo a classificação ASA
ASA-1	0 a 0,1%	Paciente saudável
ASA-2	0,3 a 5,4%	Paciente com doença sistêmica leve
ASA-3	1,8 a 17,8%	Paciente com doença sistêmica grave
ASA-4	7,8 a 65,4%	Paciente com doença sistêmica grave com ameaça constante à vida
ASA-5	9,4 a 100%	Paciente moribundo que não se espera que sobreviva sem a cirurgia

Fonte: Taxa de Mortalidade Operatória. MS / ANVISA (nov.2012). CG 03/2023, págs. 46-47.

Meta: envio do relatório mensal, elaborado pela Comissão de Óbito do Hospital, com a análise dos resultados da TMO e TM, com o comparativo de referência, devidamente assinado pelos seus membros.

3.4.5 Segurança do Paciente

Indicadores de Segurança do Paciente são medidas que visam identificar e monitorar eventos adversos ou riscos na prestação dos cuidados de saúde que podem ocasionar consequências indesejadas aos pacientes.

O indicador de Incidência de Lesão por Pressão (LPP) na UTI Adulto é calculado através do número de eventos adversos de LPP, dividido pelo número de pacientes em risco no setor no período, multiplicado por cem (pág. 47 do CG 03/2023).

Meta: envio do relatório mensal, elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente, com o resultado mensal do índice de LPP nas UTI's e o comprovante da notificação do evento adverso, quando ocorrer, no sistema de monitoramento do Ministério da Saúde. O relatório deverá estar assinado pelo enfermeiro responsável e Diretor Geral do Hospital. Também deverá ser enviado o registro de treinamento trimestral de protocolos de segurança do paciente e outros treinamentos relacionados.

3.4.6 Banco de Leite Humano (BLH)

Este Indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada por meio do desempenho do Banco de Leite Humano do Hospital. No Quadro abaixo, estão os indicadores relacionados ao serviço, com os quantitativos mensais (pág. 48 CG 03/2023).

INDICADORES DO BANCO DE LEITE HUMANO	Meta Mês
a) Realizar reuniões semanais com os grupos da rede cegonha (constituído por enfermeira, médico e gestantes de Alto Risco do ambulatório do HMISC) e demais gestantes e puérperas.	4
b) Atendimento diário da gestante e/ou puérpera, para explicar dúvidas pertinentes à amamentação, doação de leite materno e funcionamento do BLH.	40
c) Visita domiciliar à doadora ou encaminhamento da doadora ao BLH, para coleta de materiais biológicos e/ou leite materno.	40
d) Número de doadoras ativas dentro do mês de competência.	30
e) Quantidade de litros de leite recebidos/mês.	30 L
INDICADORES DO BANCO DE LEITE HUMANO	Controle
f) Informar quantidade de litros de leite pasteurizados/mês.	-
g) Informar quantidade de exames microbiológicos realizados.	-
h) Informar quantidade de crematócritos realizados.	-

Fonte: CG 03/2023, pág. 48.

Meta: atingir, no mínimo, o quantitativo determinado para cada indicador do item “a” ao item “e”, através do envio do relatório mensal com os valores realizados, dentro do prazo estabelecido; os indicadores do item “f” ao item “h” deverão ser informados mensalmente para fins de controle.

3.4.7 Rede Cegonha

Este indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada quanto ao desempenho da unidade junto à Rede Cegonha. No Quadro abaixo, estão os indicadores relacionados ao serviço, com os quantitativos mensais (pág. 49 CG 03/2023).

INDICADORES DA REDE CEGONHA	Meta Mês
A) Número de consultas realizadas em gestantes do Pré-Natal de Alto Risco (PNAR).	280
B) Taxa de APGAR no 1º minuto dos recém-nascidos das gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR acima de 7.	≥ 50%
C) Taxa de APGAR no 5º minuto dos recém-nascidos das gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR acima de 7.	≥ 50%
D) Taxa de infecção no sítio cirúrgico de pacientes gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR que tiveram parto cesariana.	< 5%
E) Taxa de mortalidade de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR.	< 5%
F) Taxa de mortalidade de puérperas que fizeram acompanhamento no PNAR.	< 2%
G) Taxa de partos vaginais de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR.	> 30%
INDICADORES DA REDE CEGONHA - Informar o quantitativo mensal	Controle
H) Gestantes em acompanhamento no PNAR internadas para tratamento clínico.	-
I) Gestantes em acompanhamento no PNAR que realizaram exames laboratoriais (Ht, Hb, VDRL, HIV, EAS e glicemia) até a 20ª semana de gestação.	-
J) Gestantes em acompanhamento no PNAR que realizaram exames laboratoriais (Ht, Hb, VDRL, HIV, EAS e glicemia) entre a 28ª e 36ª semana de gestação.	-
K) Partos prematuros (< 37 semanas de idade gestacional ao nascer) de gestantes em acompanhamento no PNAR.	-
L) Tempo médio de permanência para tratamento clínico de gestantes em acompanhamento no PNAR.	-
M) Taxa de utilização de suplementos de cálcio pelas gestantes acompanhadas no PNAR.	-
N) Taxa de inserções do DIU no pós-parto/pós-abortamento nas gestantes de alto risco.	-
O) Taxa de partos cesarianas de gestantes em acompanhamento no PNAR.	-
P) Taxa de transfusões de sangue no parto/puerpério nas gestantes acompanhadas no PNAR.	-
Q) Taxa de histerectomias no parto/puerpério nas gestantes acompanhadas no PNAR.	-

Fonte: CG 03/2023, págs. 49-50.

Meta: atingir, no mínimo, o quantitativo determinado para cada indicador do item “A” ao item “G”, através do envio do relatório mensal com os valores realizados, dentro do prazo estabelecido; os indicadores do item “H” ao item “Q” deverão ser informados mensalmente para fins de controle.

4. RESULTADO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

A cada 06 (seis) meses ou semestre, o Órgão Supervisor procederá à análise das Metas de Produção Assistencial realizadas pela Executora, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas no Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento das metas. Caso o período não complete o semestre do ano de exercício, a aferição financeira será realizada proporcionalmente ao período.

As Metas de Produção Assistencial poderão ser reavaliadas e alteradas semestralmente, de acordo com as regras definidas no Contrato de Gestão e seus Anexos Técnicos I e II (pág. 38 do CG 03/2023).

A repactuação das Metas de Produção, também poderão ocorrer a qualquer momento, através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, se as condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem sobre as atividades realizadas pelo Hospital (pág. 52 do CG 03/2023).

A seguir estão os serviços que compõem as “Metas Quantitativas” com os gráficos que demonstram a relação entre o realizado pelo Hospital e a meta de produção contratada, referentes ao 1º e 2º semestres de 2025, conforme informações encaminhadas pela GAEMC, por meios dos Processos Digitais SES 240734/2025 (1º semestre) e 112406/2026 (2º semestre).

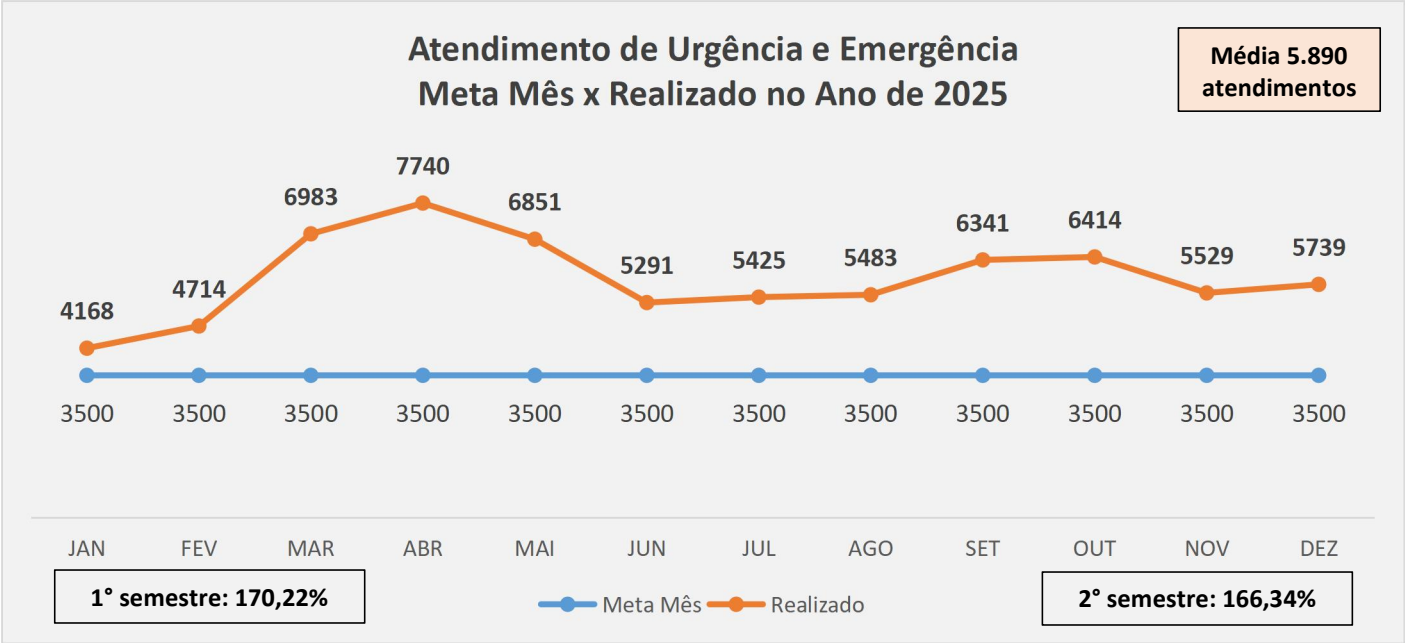
4.1 Atendimento de Urgência e Emergência

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **3.500 (três mil e quinhentos) atendimentos** de Urgência e Emergência, observando a variação $\pm 15\%$ (pág. 38 do CG 03/2023).

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - ANO DE 2025													
ATENDIMENTO	Meta Mês	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Atendimento de Urgência e Emergência em Atenção Especializada	3.500	4.045	4.555	6.797	7.570	6.685	5.168	5.281	5.343	6.176	6.237	5.401	5.594
Atendimento Ortopédico Pediátrico com Imobilização		123	159	186	170	166	123	144	140	165	177	128	145
TOTAL	3.500	4.168	4.714	6.983	7.740	6.851	5.291	5.425	5.483	6.341	6.414	5.529	5.739
RESULTADO		1º semestre = 170,22%						2º semestre = 166,34%					

Quadro 01: Atendimentos de Urgência e Emergência - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 240734/2025 e 112406/2026.

A seguir a representação gráfica dos atendimentos de urgência e emergência da unidade gerenciada durante o Ano de 2025, com uma comparação entre a meta mensal e o realizado.



Para os atendimentos de Urgência e Emergência, observa-se que, em 2025, a média de atendimentos foi de aproximadamente 5.890. No primeiro semestre, a unidade alcançou 170,22% da meta contratada, executando volume superior ao pactuado e recebendo 100% do valor destinado a essa modalidade. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial foi realizada no primeiro semestre e encontra-se registrada no Relatório de Avaliação de Execução referente ao 2º trimestre do exercício.

No segundo semestre de 2025, a unidade atingiu 166,34% da meta contratada, mantendo execução superior a 100% do volume pactuado para o período e, portanto, permanecendo dentro dos parâmetros estabelecidos. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial foi realizada no segundo semestre e consta no Relatório de Avaliação de Execução do 4º trimestre de 2025.

O presente Relatório de Avaliação Anual de 2025 consolida os dados já apresentados nos relatórios trimestrais. Dessa forma, não serão reproduzidas neste documento as aferições financeiras anteriormente divulgadas.

4.2 Assistência Hospitalar - Internação

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **515 (quinhentos e quinze) saídas hospitalares**, com variação de $\pm 10\%$, que serão avaliadas conforme sistemática de pagamento e regras para aferição financeira (pág. 39 do CG 03/2023).

Abaixo, segue os quadros das internações hospitalares distribuídos por tipos de especialidades para o 1º semestre e 2º semestre do ano de 2025.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR - ANO DE 2025													
INTERNAÇÃO	Meta Mês	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Clínica Cirúrgica	140	174	198	171	207	186	165	176	171	169	150	148	126
Clínica Médica	40	52	49	49	31	63	49	50	54	56	42	46	44
Clínica Obstétrica	220	212	245	243	279	262	266	226	241	246	262	199	244
Clínica Pediátrica	115	91	82	117	175	227	191	152	125	125	132	130	115
TOTAL	515	529	574	580	692	738	671	604	591	596	586	523	529
RESULTADO		1º semestre = 122,46%						2º semestre = 110,97%					

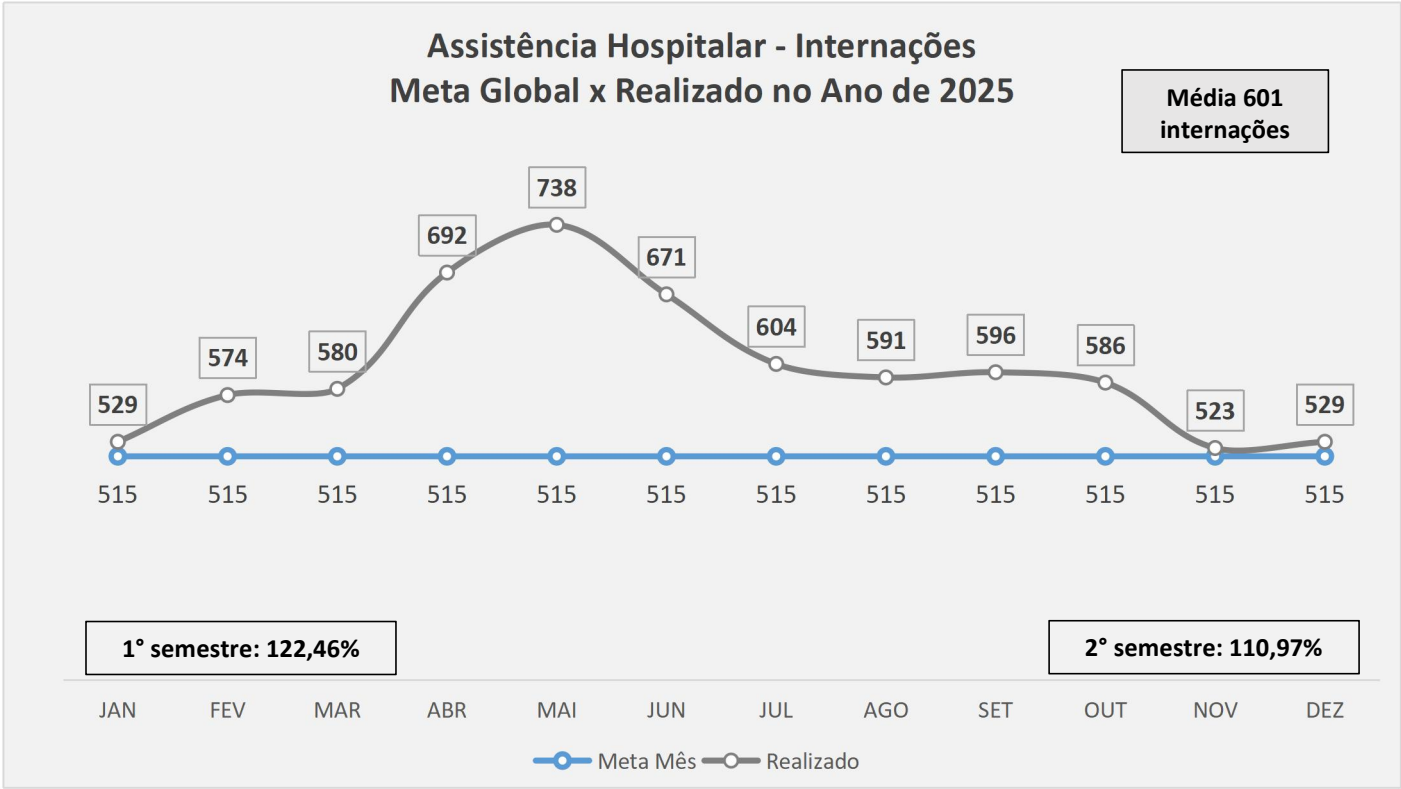
Quadro 02: Assistência Hospitalar - Internação - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 240734/2025 e 112406/2026.

As internações hospitalares em Clínica Cirúrgica mencionada acima, deverão atender o quantitativo abaixo:

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR - ANO DE 2025													
CLÍNICA CIRÚRGICA	Meta Mês	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Bucomaxilofacial Pediátrico	5	6	9	4	2	9	9	5	5	5	5	7	4
Cirurgia do Aparelho Geniturinário Pediátrico	30	50	47	36	39	29	23	60	34	34	35	42	25
Cirurgia Ginecológica	30	42	47	40	51	61	65	40	58	48	50	51	45
Cirurgia Pediátrica	40	30	41	43	57	39	30	31	34	38	26	20	24
Cirurgia Ortopédica Pediátrica	15	29	24	30	25	25	26	20	13	17	14	10	16
Otorrinolaringologia Pediátrica	20	17	30	18	33	23	12	20	27	27	20	18	12
TOTAL	140	174	198	171	207	186	165	176	171	169	150	148	126
RESULTADO		1º semestre = 131,07%						2º semestre = 111,90%					

Quadro 03: Assistência Hospitalar em Clínica Cirúrgica - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 240734/2025 e 112406/2026.

No Gráfico 02, segue a representação gráfica da assistência hospitalar (internação), considerando a meta mensal e o quantitativo realizado no 1º semestre e 2º semestre de 2025.



Para a Assistência Hospitalar no ano de 2025, observa-se que a média foi de aproximadamente 601 internações hospitalares. No 1º semestre, a unidade atingiu 122,46% da meta contratada em internações, alcançando 100% do valor destinado para a modalidade. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial foi realizada no 1º semestre e consta no Relatório de Avaliação de Execução do 2º trimestre do ano de exercício.

No 2º semestre de 2025, a unidade atingiu 110,97% da meta, executando volume superior a 100% do contratado no período e, portanto, permanecendo dentro da meta pactuada. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial foi realizada no 2º semestre e consta no Relatório de Avaliação de Execução do 4º trimestre de 2025.

Este Relatório de Avaliação Anual de 2025 apresenta um compilado dos dados já divulgados nos relatórios trimestrais, dessa forma, não trará novamente as aferições financeiras.

4.3 Atendimento Ambulatorial

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **1.238 (mil duzentos e trinta e oito)** consultas e procedimentos, subdividido em **consultas médicas**, com meta mensal de **948 (novecentos e quarenta e oito)** e **consultas não médicas**, com meta mensal de **290 (duzentos e noventa)**, observando a variação de $\pm 10\%$, que serão avaliados conforme sistemática de pagamento e regras para aferição financeira (Errata do CG 03/2023).

Apresentamos abaixo, os quadros para o serviço de atendimento ambulatorial, separados por especialidades, para o Ano de 2025.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - ANO DE 2025													
CONSULTAS MÉDICAS	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Alergia e Imunologia Pediátrica	10	14	12	11	14	11	14	9	11	13	10	10	16
Cardiologia Pediátrica	30	28	35	27	23	26	23	32	27	30	27	28	29
Cirurgia Geral Pediátrica	100	99	111	102	74	88	74	105	94	114	93	95	105
Cirurgia Ginecológica	80	128	93	121	98	139	98	144	126	117	103	66	56
Dermatologia Pediátrica	10	9	13	11	12	13	12	5	11	15	12	8	9
Endocrinologia Pediátrica	15	22	22	21	21	17	21	21	21	22	25	22	19
Gastroenterologia Pediátrica	20	22	17	16	21	25	21	22	19	21	19	28	0
Genética	20	17	24	21	21	20	21	18	23	24	22	21	26
Gestação de Alto Risco	280	483	494	454	510	453	510	543	431	549	528	473	489
Ginecologia/Mastologia	80	95	95	68	81	59	81	122	101	115	69	72	64
Infectologia Pediátrica	10	22	27	30	30	32	30	18	31	35	33	22	17
Infertilidade	3	6	5	5	8	9	8	14	0	0	0	0	0
Neonatologia	80	53	84	68	66	85	66	93	71	75	87	12	17
Neurologia Clínica Pediátrica	40	41	40	37	39	36	39	37	42	38	43	37	42
Oftalmologia Pediátrica	40	39	45	47	38	46	38	42	28	47	48	46	29
Ortopedia Pediátrica	50	68	66	73	73	60	73	80	77	94	72	83	66
Otorrino Pediatria	40	61	40	53	72	78	72	85	68	72	65	47	57

Pneumologia Pediátrica	20	18	19	20	23	21	23	21	25	24	18	26	16
Urologia Pediátrica	20	30	32	32	20	30	20	34	19	34	27	26	29
TOTAL	948	1.255	1.274	1.217	1.244	1.248	1.244	1.445	1.225	1.439	1.301	1.122	1.086
RESULTADO	1º semestre = 131,54%						2º semestre = 133,93%						

Quadro 04: Atendimento Ambulatorial em Consultas Médicas - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 240734/2025 e 112406/2026.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - ANO DE 2025													
CONSULTAS NÃO MÉDICAS	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Bucomaxilofacial	20	24	16	24	24	22	24	23	19	21	20	17	12
Fonoaudiologia	210	220	218	207	220	217	220	235	226	212	222	257	198
Psicologia	30	28	42	35	50	35	50	38	33	34	41	32	37
Nutrição	30	37	36	33	34	31	34	34	29	40	46	40	39
TOTAL	290	309	312	299	328	305	328	330	307	307	329	346	286
RESULTADO	1º semestre = 108,10%						2º semestre = 109,48%						

Quadro 05: Atendimento Ambulatorial em Consultas Não Médicas - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 240734/2025 e 112406/2026.

A seguir, nos gráficos 03 e 04, apresenta-se a representação gráfica do atendimento ambulatorial de consultas médicas e não médicas, considerando a meta mensal e o quantitativo realizado no ano de 2025.

Gráfico 03

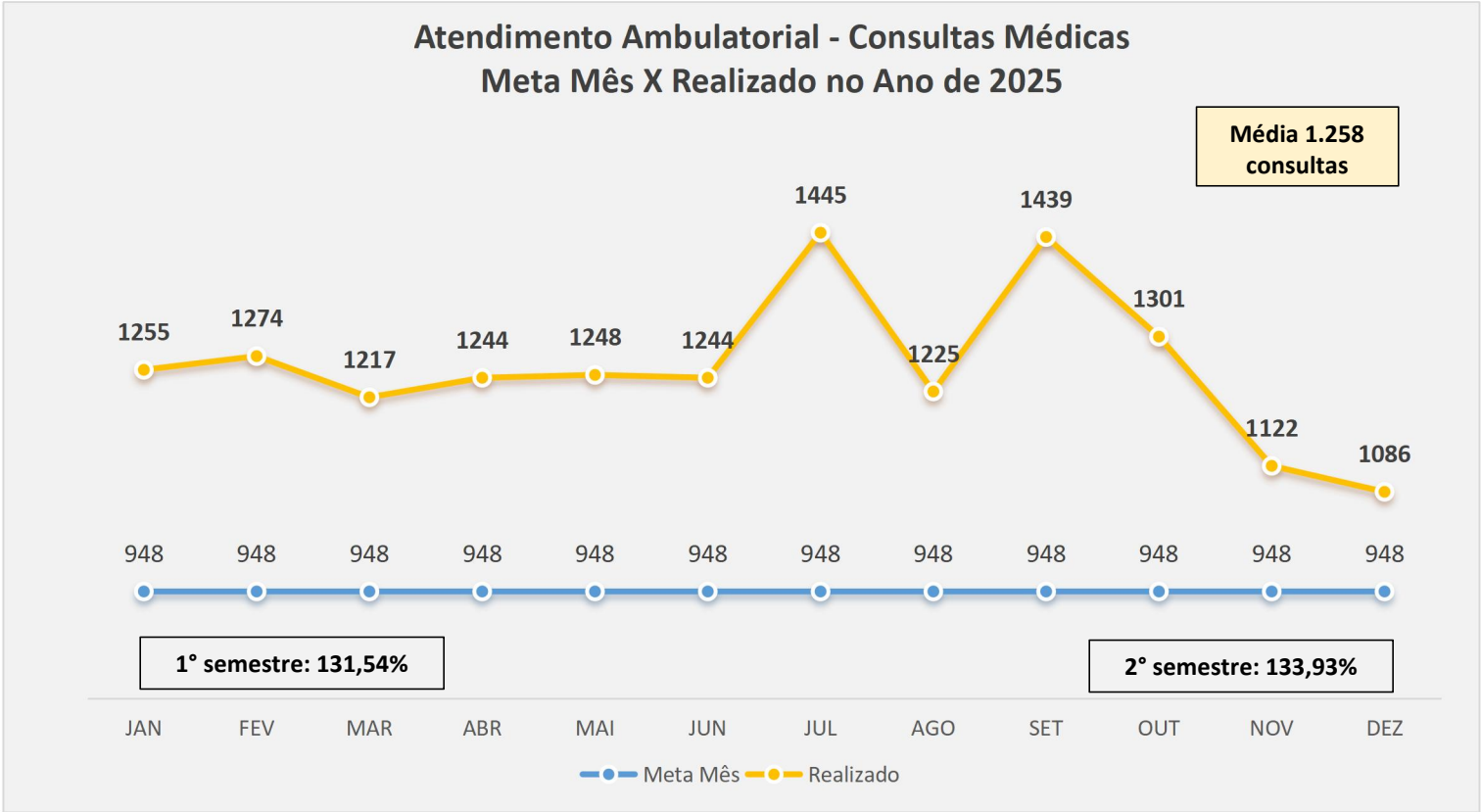
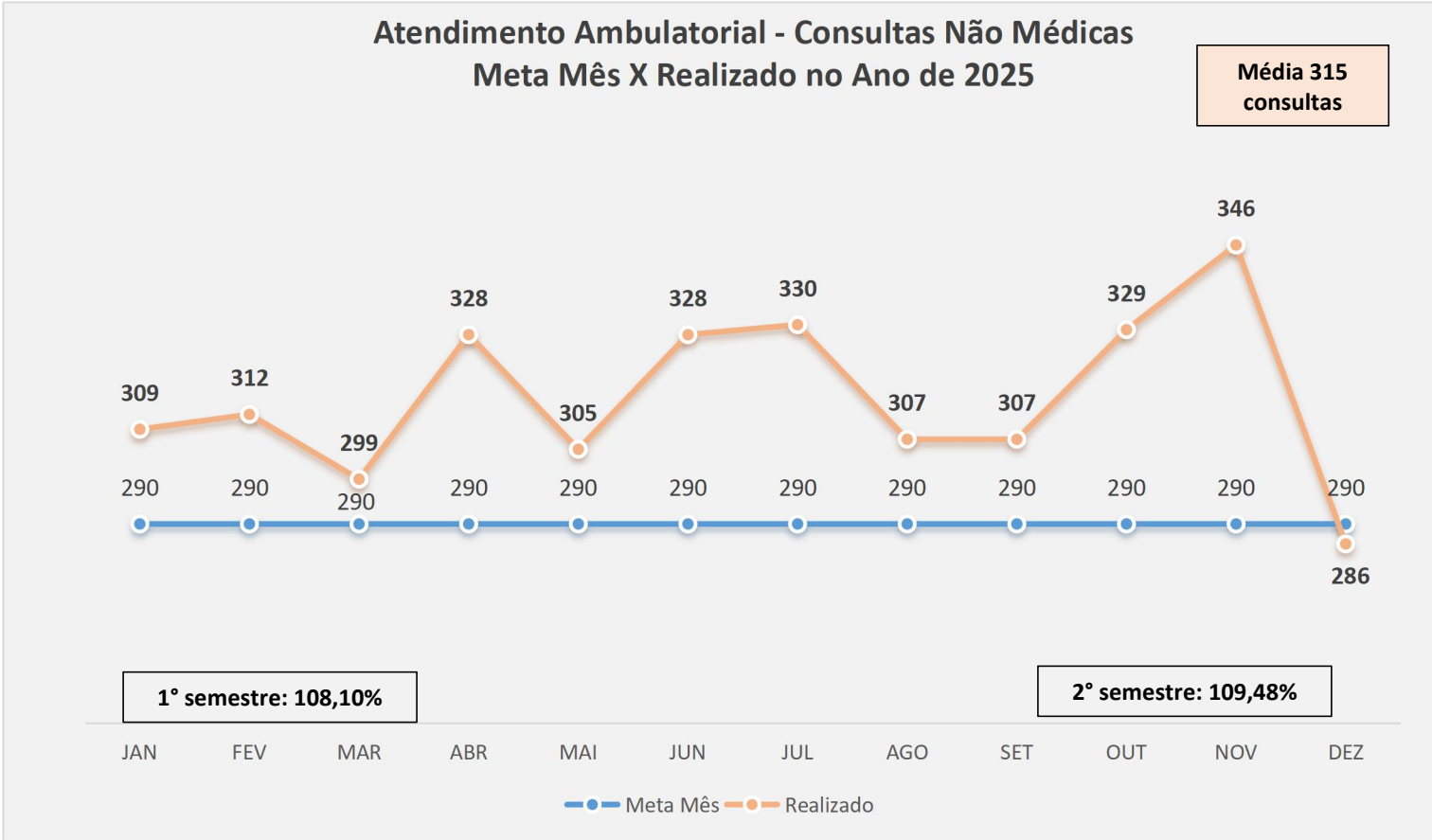


Gráfico 04



No Atendimento Ambulatorial, no exercício de 2025, observou-se média mensal aproximada de 1.258 consultas médicas e 315 consultas não médicas. No primeiro semestre, a unidade alcançou 131,54% da meta contratada para consultas médicas e 108,10% para consultas não médicas, executando volume superior ao pactuado e, conseqüentemente, recebendo 100% do valor destinado à modalidade. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial referente a esse período foi realizada e registrada no Relatório de Avaliação de Execução do 2º trimestre do exercício.

No segundo semestre de 2025, a unidade atingiu 133,93% da meta contratada em consultas médicas e 109,48% em consultas não médicas, mantendo execução superior a 100% do volume pactuado e permanecendo dentro das metas estabelecidas. A aferição financeira correspondente foi realizada e consta no Relatório de Avaliação de Execução do 4º trimestre de 2025.

Ressalta-se que o presente Relatório de Avaliação Anual de 2025 consolida informações já apresentadas nos relatórios trimestrais. Dessa forma, não serão reproduzidas neste documento as aferições financeiras anteriormente divulgada

4.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo - SADT

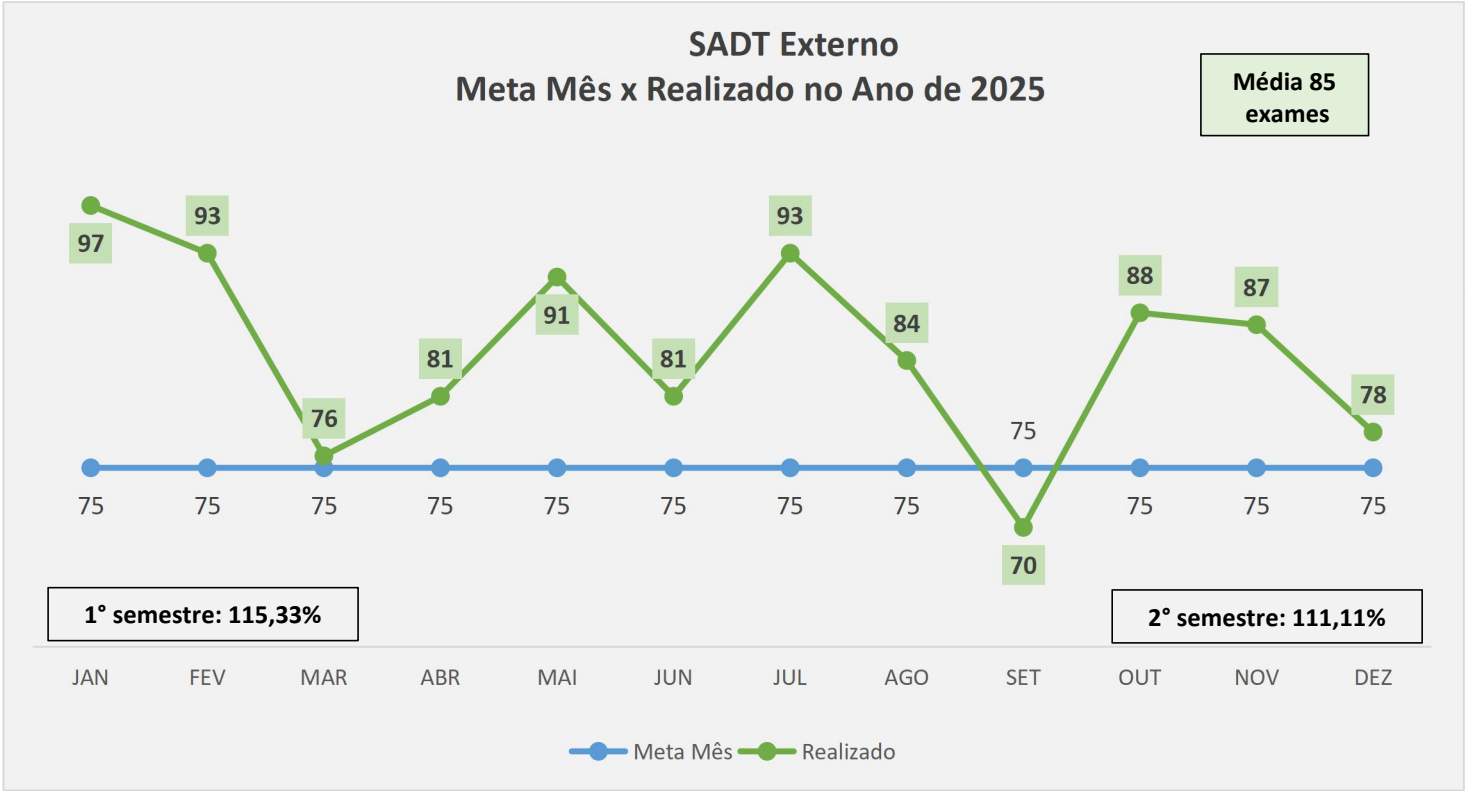
O Hospital Materno Infantil Santa Catarina deverá realizar a Meta de Produção mensal de **75 (setenta e cinco) exames**, observando a variação $\pm 15\%$, que serão avaliados conforme sistemática de pagamento e regras para aferição financeira (pág. 42 do CG 03/2023).

Segue abaixo, os quadros para o SADT Externo, divididos em exames e procedimentos realizados no HMISC para o 1º semestre e 2º semestre do ano de 2025.

SADT EXTERNO - ANO DE 2025													
EXAMES	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Biopsia de Colo Uterino	10	20	21	20	21	19	24	17	24	11	12	16	16
Mamografia Bilateral para Rastreamento	50	62	57	37	46	57	43	62	44	43	62	55	48
Histeroscopia Diagnóstica	15	15	15	19	14	15	14	14	16	16	14	16	14
TOTAL	75	97	93	76	81	91	81	93	84	70	88	87	78
RESULTADO		1º semestre = 115,33%						2º semestre = 111,11%					

Quadro 06: SADT Externo - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 240734/2025 e 112406/2026.

O gráfico 05 abaixo, representa os procedimentos e exames do SADT Externo realizados pelo Hospital Materno Infantil Santa Catarina, com um comparativo entre a meta mensal e o realizado no decorrer do ano de 2025.



Para o SADT Externo, no exercício de 2025, observou-se média mensal aproximada de 85 exames realizados. No primeiro semestre, a unidade atingiu 115,33% da meta contratada para exames, executando volume superior ao pactuado e, conseqüentemente, recebendo 100% do valor destinado à modalidade. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial referente a esse período foi realizada e registrada no Relatório de Avaliação de Execução do 2º trimestre do exercício.

No segundo semestre de 2025, a unidade alcançou 111,11% da meta contratada, mantendo execução superior a 100% do volume pactuado e permanecendo dentro das metas estabelecidas. A aferição financeira correspondente foi realizada e consta no Relatório de Avaliação de Execução do 4º trimestre de 2025.

Ressalta-se que o presente Relatório de Avaliação Anual de 2025 consolida informações já apresentadas nos relatórios trimestrais. Dessa forma, não serão reproduzidas neste documento as aferições financeiras anteriormente divulgadas.

4.5 Resumo dos Resultados da Produção Assistencial

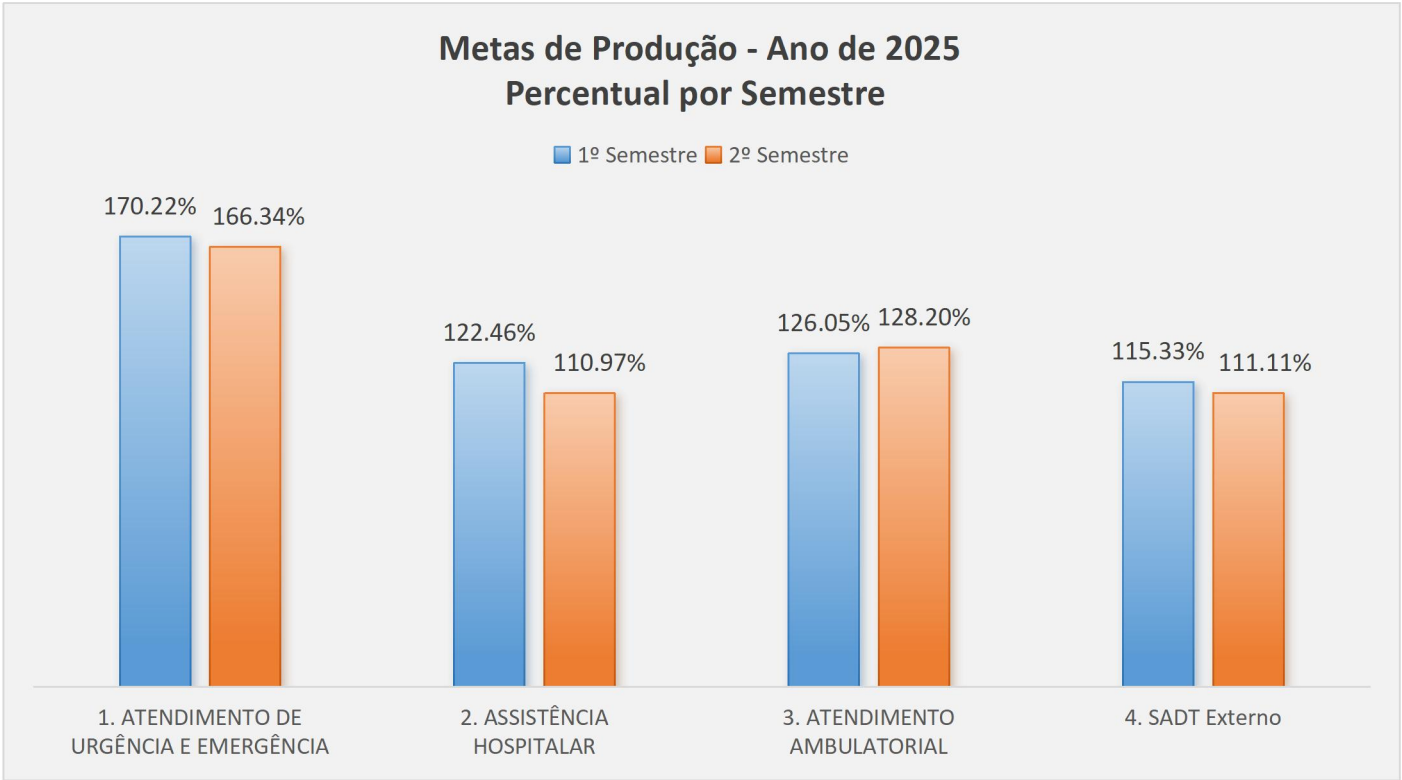
O Quadro 17 abaixo, demonstra a relação entre a meta total contratada, por semestre, com o total realizado pelo Hospital com a variação percentual de cumprimento de meta para cada serviço.

RESUMO DOS RESULTADOS DAS METAS DE PRODUÇÃO - ANO DE 2025					
SERVIÇOS	META MÊS	Realizado 1º Semestre	Δ%	Realizado 2º Semestre	Δ%
Atendimento de Urgência e Emergência	3.500	35.747	170,22%	34.931	166,34%
Assistência Hospitalar	515	3.784	122,46%	3.429	110,97%
Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas	1.238	9.363	126,05%	9.523	128,20%
Atendimento Ambulatorial - Consultas Não Médicas					
SADT Externo	75	519	115,33%	500	111,11%

Quadro 07: Resumo da Produção Assistencial - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 240734/2025 e 112406/2026.

No Gráfico 06, segue a representação gráfica da produção assistencial, considerando o percentual de cumprimento da meta para cada serviço, dividido por semestre, durante o ano de 2025.

Gráfico 06



5. RESULTADO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

A cada 03 (três) meses, o Órgão Supervisor procederá à análise dos Indicadores de Qualidade, estes poderão ser reavaliados trimestralmente, ou seja, alterados ou introduzidos novos indicadores, considerando o desenvolvimento da gestão, a complexidade do Hospital e a inserção de novas tecnologias em saúde (pág. 43 do CG 03/2023).

Os Indicadores de Qualidade (IQ) medem aspectos relacionados à eficiência dos processos de trabalho e à satisfação dos usuários, fornecendo subsídios para a implementação de ações para melhoria contínua do atendimento. Os IQ deverão ser enviados mensalmente, até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente à Gerência de Acompanhamento e Execução das Metas Contratuais (GAEMC).

Seguem abaixo o resultado dos Indicadores de Qualidade avaliados durante o ano de 2025.

5.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar tem por finalidade avaliar a qualidade da gestão hospitalar por meio da proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, ou seja, o nº de internações ou saída hospitalar no mês (pág. 43 do CG 03/2023). Espera-se que o número de AIH’s apresentadas seja igual ou maior que o volume de saídas hospitalares.

Segue abaixo, o resultado que demonstra a relação entre as Saídas Hospitalares apresentadas à Gerência de Processamento em Saúde da SES e as Saídas Hospitalares informadas pela Organização Social no Ano de 2025.

IQ I - APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
META: atingir 100% de todas as AIH’s autorizadas pelo gestor e apresentadas em relatório, devendo estar em acordo com as saídas hospitalares (nº de internações) em cada mês.					
Indicador	Meta Mensal	1º Trimestre de 2025	2º Trimestre de 2025	3º Trimestre de 2025	4º Trimestre de 2025
Nº de AIH’s apresentadas pela GEMAPS	100%	1.813	2.163	1.902	1.890
Nº de Saídas Hospitalares informadas pela OS		1.683	2.101	1.791	1.638
Δ%		107,72%	102,95%	106,20%	115,38%

Quadro 09: Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 177205/2025, 240734/2025, 38597/2026, 112406/2026.

5.2 Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU)

A Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) tem por finalidade avaliar o nível de satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes sobre o atendimento do Hospital, através da aplicação de um questionário padrão, que avalia a percepção do usuário sobre a estrutura, limpeza, nutrição e o atendimento dos profissionais (pág. 44 do CG 03/2023).

Este indicador será avaliado mensalmente, em 04 (quatro) Grupos de Usuários a serem pesquisados, por meio do *percentual de pacientes/acompanhantes entrevistados*, bem como, por meio do *nível geral de satisfação dos usuários*.

Nos Quadros 10 e 11, o resultado da Pesquisa de Satisfação do Usuário referente ao Ano de 2025.

IQ II - PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO						
a) Percentual de Pacientes/Acompanhantes entrevistados em cada grupo						
META: atingir o percentual mínimo de pacientes/acompanhantes entrevistados em cada grupo de usuário.						
Setor	Questionário	Meta Mensal	1º Trimestre de 2025	2º Trimestre de 2025	3º Trimestre de 2025	4º Trimestre de 2025
Urgência e Emergência	Nº de pesquisas realizadas	3%	4,30%	6,24%	6,41%	3,79%
	Nº total de pacientes atendidos					
Pacientes Internados	Nº de pesquisas realizadas	10%	42,52%	47,75%	39,94%	17,32%
	Nº total de pacientes atendidos					
Ambulatório ou SADT Externo	Nº de pesquisas realizadas	3%	11,36%	17,05%	9,21%	5,56%
	Nº total de pacientes atendidos					
Após Alta Hospitalar	Nº de pesquisas realizadas	10%	15,09%	12,33%	21,22%	14,77%
	Nº total de pacientes atendidos					

Quadro 10: Pesquisa de Satisfação: Percentual de Entrevistados por grupo - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 177205/2025, 240734/2025, 38597/2026, 112406/2026.

IQ II - PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO					
b) Nível de Satisfação					
META: o nível de satisfação geral do hospital deverá ser igual ou maior que 90% (noventa por cento).					
Setor	Questionário	1º Trimestre de 2025	2º Trimestre de 2025	3º Trimestre de 2025	4º Trimestre de 2025
Urgência e Emergência	Nº de manifestações registradas	97,23%	98,42%	96,21%	95,15%
	Nº de manifestações com registro de “Muito satisfeito + satisfeito”				
Pacientes Internados	Nº de manifestações registradas	98,40%	98,51%	99,08%	97,07%
	Nº de manifestações com registro de “Muito satisfeito + satisfeito”				
Ambulatório ou SADT Externo	Nº de manifestações registradas	98,31%	97,88%	94,35%	94,92%
	Nº de manifestações com registro de “Muito satisfeito + satisfeito”				

Após Alta Hospitalar	Nº de manifestações registradas	98,28%	97,66%	97,73%	98,67%
	Nº de manifestações com registro de “Muito satisfeito + satisfeito”				
Nível Geral de Satisfação	Nº total de manifestações registradas	98,02%	98,28%	96,95%	96,04%
	Nº total de manifestações com registro de “Muito satisfeito + satisfeito”				

Quadro 11: PSU: Nível de Satisfação dos Usuários - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 177205/2025, 240734/2025, 38597/2026, 112406/2026.

5.3 Controle de Infecção Hospitalar (IH)

“A Infecção Hospitalar (IH) é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (Portaria GM/MS nº 2.616/1998). Os Indicadores de Controle de IH têm por finalidade avaliar a qualidade da assistência na prevenção e controle das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (pág. 45 do CG 03/2023).

No Quadro 12 segue o resultado deste indicador no Ano de 2025.

IQ III - CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (IH)					
META: enviar o relatório mensal, elaborado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da unidade, que contenha o valor dos indicadores mensais, a análise dos resultados com o comparativo de referência e o plano de ação com as medidas de correção e controle, quando se fizerem necessárias. O relatório deverá estar assinado pelo enfermeiro e médico infectologista do serviço.					
Indicadores	Parâmetros UTI	1º Trimestre de 2025	2º Trimestre de 2025	3º Trimestre de 2025	4º Trimestre de 2025
Taxa de Infecção Geral Hospitalar	---	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto e Neonatal	Pediátrica	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
	UTI Neo ≤ 1000g				
	UTI Neo 1001 - 1500g				
	UTI Neo 1501 - 2500g				
	UTI Neo > 2500g				
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central (CVC) em UTI Adulto e Neonatal	Pediátrica	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
	UTI Neo ≤ 1000g				
	UTI Neo 1001 - 1500g				
	UTI Neo 1501 - 2500g				
	UTI Neo > 2500g				
Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM) em UTI Adulto e Neonatal	Pediátrica	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
	UTI Neo ≤ 1000g				
	UTI Neo 1001 - 1500g				

	UTI Neo 1501 - 2500g				
	UTI Neo > 2500g				

Quadro 12: Controle de Infecção Hospitalar - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 177205/2025, 240734/2025, 38597/2026, 112406/2026.

5.4 Mortalidade Operatória e Hospitalar

Os Indicadores de Mortalidade serão medidos através da Taxa de Mortalidade Operatória (TMO) pela Classificação ASA e Taxa de Mortalidade Institucional (TM). A Classificação do Estado Físico da ASA, segue os critérios adotados pela classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA) para Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por Classes de 1 a 5.

No Quadro 13 abaixo segue o resultado das taxas de mortalidade no Ano de 2025.

IQ IV - MORTALIDADE OPERATÓRIA E HOSPITALAR				
META: enviar o relatório mensal, elaborado pela Comissão de Óbito do Hospital, com a análise dos resultados da TMO e TM, com o comparativo de referência, devidamente assinado pelos seus membros.				
Taxa de Mortalidade Operatória (TMO)	1º Trimestre de 2025	2º Trimestre de 2025	3º Trimestre de 2025	4º Trimestre de 2025
ASA I = 0 a 0,1%	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
ASA II = 0,3 a 5,4%	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
ASA III = 1,8 a 17,8%	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
ASA IV = 7,8 a 65,4%	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
ASA V = 9,4 a 100%	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
Taxa de Mortalidade Institucional (TM)	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida

Quadro 13: Mortalidade Operatória e Hospitalar - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 177205/2025, 240734/2025, 38597/2026, 112406/2026.

5.5 Segurança do Paciente

Indicadores de Segurança do Paciente são medidas que visam identificar e monitorar eventos adversos ou riscos na prestação dos cuidados de saúde que podem ocasionar consequências indesejadas aos pacientes.

No Quadro 14 abaixo segue o resultado deste indicador, conforme dados avaliados pela GAEMC, para o Ano de 2025.

IQ V - SEGURANÇA DO PACIENTE	
META: enviar o relatório mensal, elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente, com o resultado mensal do índice de LPP nas UTI's Adulto e o comprovante da notificação do evento adverso, quando ocorrer, no sistema de monitoramento do MS. O relatório deverá estar assinado pelo enfermeiro responsável e Diretor Geral do Hospital. Também deverá ser enviado o registro de treinamento trimestral de protocolos de segurança do paciente e outros treinamentos relacionados.	

Indicador	1º Trimestre de 2025	2º Trimestre de 2025	3º Trimestre de 2025	4º Trimestre de 2025
Nº de notificações de LPP na UTI no mês	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
Nº de pacientes em risco para LPP no mês				
Incidência de lesão por pressão				

Quadro 14: Segurança do Paciente - Ano 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 177205/2025, 240734/2025, 38597/2026, 112406/2026.

5.6 Banco de Leite Humano

Este Indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada por meio do desempenho do Banco de Leite Humano do Hospital.

No Quadro 15 abaixo segue o resultado deste indicador, com os quantitativos Anual realizado pelo HMISC para Ano de 2025, conforme dados avaliados pela GAEMC.

IQ VI - BANCO DE LEITE HUMANO					
META: atingir, no mínimo, o quantitativo determinado para cada indicador do item “a” ao item “e”, através do envio do relatório mensal com os valores realizados, dentro do prazo estabelecido.					
Indicadores	META MÊS	1º Trimestre de 2025	2º Trimestre de 2025	3º Trimestre de 2025	4º Trimestre de 2025
a) Realizar reuniões semanais com os grupos da rede cegonha (constituído por enfermeira, médico e gestantes de Alto Risco do ambulatório do HMISC) e demais gestantes e puérperas.	4	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
b) Atendimento diário da gestante e/ou puérpera, para explanar dúvidas pertinentes à amamentação, doação de leite materno e funcionamento do BLH.	40	100,83%	109,17%	100,83%	100,00%
c) Visita domiciliar à doadora ou encaminhamento da doadora ao BLH, para coleta de materiais biológicos e/ou leite materno.	40	138,33%	158,33%	143,33%	165,83%
d) Número de doadoras ativas dentro do mês de competência.	30	130,00%	130,00%	171,11%	164,44%
e) Quantidade de litros de leite recebidos/mês.	30	181,11%	190,00%	190,00%	213,33%

Quadro 15: Banco de Leite Humano - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 177205/2025, 240734/2025, 38597/2026, 112406/2026.

5.7 Rede Cegonha

Este indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada quanto ao desempenho da unidade junto à Rede Cegonha.

No Quadro 16 abaixo segue o resultado deste indicador, conforme dados avaliados pela GAEMC, com o quantitativo mensal realizado no Ano de 2025.

IQ VII - REDE CEGONHA				
META: atingir, no mínimo, o quantitativo determinado para cada indicador do item “A” ao item “G”, através do envio do relatório mensal com os valores realizados, dentro do prazo estabelecido.				
INDICADORES	1º Trimestre de 2025	2º Trimestre de 2025	3º Trimestre de 2025	4º Trimestre de 2025
A. Número de consultas realizadas em pré- natal de alto risco (PNAR)	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta
B. Taxa de APGAR no 1º minuto dos recém- nascidos das gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR acima de 7	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta
C. Taxa de APGAR no 5º minuto dos recém- nascidos das gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR acima de 7	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta
D. Taxa de infecção no sítio cirúrgico de pacientes gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR que tiveram parto cesariana	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta
E. Taxa de mortalidade de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta
F. Taxa de mortalidade de puérperas que fizeram acompanhamento no PNAR	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta
G. Taxa de partos vaginais em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta	Cumriu a meta

Quadro 16: Rede Cegonha - Ano de 2025.
Fonte: Relatório GAEMC - SES 177205/2025, 240734/2025, 38597/2026, 112406/2026.

5.8 Análise dos Indicadores de Qualidade

De acordo com as informações enviadas pelo Hospital Materno Infantil Santa Catarina referentes ao ano de 2025 e conforme os dados validados e encaminhados pela Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais (GAEMC), consideramos que houve o cumprimento integral das metas estabelecidas para os seguintes indicadores: Apresentação de AIH, Pesquisa de Satisfação do Usuário, Controle de Infecção Hospitalar, Taxa de Mortalidade Operatória, Segurança do Paciente, Banco de Leite Humano e Rede Cegonha.

6. REGRAS PARA PAGAMENTO

Conforme o Anexo Técnico III, que descreve a sistemática de pagamento para o Contrato de Gestão 03/2023, o orçamento inicial pactuado para o gerenciamento do Hospital Materno Infantil Santa Catarina foi de R\$ 6.079.648,67 (seis milhões e setenta e nove mil, seiscentos e quarenta e oito reais e sessenta e sete centavos), sendo este valor repassado mensalmente pelo Órgão Supervisor (pág. 51 do CG 03/2023).

O valor do custeio mensal é composto por uma parte fixa equivalente a 60% e uma parte variável, referente às metas de Produção Assistencial e os Indicadores de Qualidade, que correspondem a 40% do orçamento mensal, sobre o qual poderão incidir descontos pelo não cumprimento de metas.

Caso a EXECUTORA se manifeste favorável, poderá reservar até 2% para fins de investimento, assim o valor da parte variável corresponderá a 38% ou 39% do valor do custeio mensal. O percentual para investimentos, se refere à aquisição de bens permanentes e adequações físicas, em conformidade com o estabelecido no Decreto nº 1.323, de 21 de dezembro de 2012, ou legislação que vier a substituí-lo (pág. 51 do CG 03/2023).

O valor da parte variável será distribuído da seguinte forma:

DISTRIBUIÇÃO DO VALOR VARIÁVEL	PERÍODO DE AFERIÇÃO
70% para as Metas de Produção Assistencial	Semestral no Ano de exercício
30% para os Indicadores de Qualidade	Trimestral no Ano de exercício

Fonte: CG 03/2023, pág. 51.

O valor de 70% da parte variável do custeio mensal será distribuído entre as modalidades assistenciais e corresponde ao cumprimento das Metas de Produção Assistencial (MP), como segue:

MODALIDADES ASSISTENCIAIS	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL - MP
Atendimento de Urgência e Emergência	15%
Assistência Hospitalar	40%
Atendimento Ambulatorial Consultas Médicas	23%
Atendimento Ambulatorial Consultas Não Médicas	7%
SADT Externo	15%
TOTAL	100%

Fonte: CG 03/2023, pág. 52.

O valor de 30% da parte variável do custeio mensal será distribuído entre os Indicadores de Qualidade e corresponde ao cumprimento das Metas Qualitativas, como segue:

INDICADORES DE QUALIDADE	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL - IQ
Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar	25%
PSU - N° de Pesquisas Realizadas	7,5%
PSU - Nível de Satisfação Geral do Usuário	7,5%
Controle de Infecção Hospitalar	25%
Mortalidade Operatória e Hospitalar	15%
Segurança do Paciente	20%
TOTAL	100%

Fonte: CG 03/2023, pág. 52.

As metas de Produção Assistencial serão aferidas financeiramente a cada 6 meses e os Indicadores de Qualidade a cada 3 meses. A repactuação das MP e IQ poderão ocorrer a qualquer momento, através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, caso condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem sobre as atividades realizadas pelo Hospital (pág. 52 do CG 03/2023).

6.1 Regras para Aferição Financeira da Produção Assistencial

A Aferição Financeira das Metas de Produção Assistencial ocorrerá a cada seis meses e refere-se à verificação do percentual de cumprimento das metas resultante da relação entre os serviços contratados, os resultados alcançados e as regras para pagamento constantes no CG 03/2023, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades pactuadas, oferta de serviços e demanda, identificando possíveis descontos por não cumprimento de meta.

As Metas de Produção para: Assistência Hospitalar, Atendimento Ambulatorial e SADT Externo serão aferidas de forma global, desde que todas as clínicas, especialidades e exames contratados na modalidade, com meta individual determinada, tenham o cumprimento da meta mês igual ou acima de 50% do volume pactuado.

Caso a unidade realize igual ou abaixo de 49,99% da meta estabelecida em alguma atividade, a aferição financeira deixará de ser global naquela modalidade e será realizada por atividade, considerando o seu peso percentual, de acordo com o Anexo Técnico II, excetuando-se as situações devidamente comprovadas de vagas ofertadas à Central de Regulação através do SISREG e ausência de demanda no período para o Hospital, sendo também verificado o percentual de faltantes (pág. 53 do CG 03/2023).

O Quadro a seguir define o pagamento dos serviços realizados conforme o percentual de cumprimento de meta resultante da relação entre a quantidade contratada, a quantidade realizada para cada modalidade e a avaliação entre a oferta e a demanda, devidamente comprovadas pela Central de Regulação:

MODALIDADES	CUMPRIMENTO DA META	VALOR A PAGAR
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Acima do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do valor da atividade
	Menos que 70% do volume contratado	70% do valor da atividade
INTERNAÇÃO	Acima do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 70% e 89,99% do volume contratado	90% do valor da atividade
	Entre 50% e 69,99% do volume contratado	70% do valor da atividade
	Menos que 50% do volume contratado	0% do valor da atividade
AMBULATÓRIO	Acima do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 70% e 89,99% do volume contratado	90% do valor da atividade
	Entre 50% e 69,99% do volume contratado	70% do valor da atividade
	Menos que 50% do volume contratado	0% do valor da atividade
SADT EXTERNO	Acima do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do valor da atividade
	Menos que 70% do volume contratado	70% do valor da atividade

Fonte: CG 03/2023, págs. 53 e 54.

6.2 Regras para Aferição Financeira dos Indicadores de Qualidade

A Aferição Financeira dos Indicadores de Qualidade ocorrerá a cada três meses e refere-se à verificação do cumprimento dos indicadores contratados, avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades e suas respectivas regras para pagamento, identificando possíveis descontos por não cumprimento de meta.

O Quadro abaixo, define o pagamento dos Indicadores de Qualidade, conforme o percentual de cumprimento de meta resultante da relação entre a quantidade ou regra estabelecida para cada indicador.

INDICADORES	CUMPRIMENTO DA META	VALOR A PAGAR
APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE	Acima do volume pactuado	100% do valor do indicador
	Entre 90% e 100% do volume	100% do valor do indicador

INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Entre 70% e 89,99% do volume	90% do valor do indicador
	Entre 50% e 69,99% do volume	70% do valor do indicador
	Menos de 50% do volume	0% do valor do indicador
PSU - QUANTIDADE DE ENTREVISTADOS PSU - NÍVEL DE SATISFAÇÃO	Acima do volume pactuado	100% do valor do indicador
	Entre 90% e 100% do volume	100% do valor do indicador
	Entre 70% e 89,99% do volume	90% do valor do indicador
	Entre 50% e 69,99% do volume	70% do valor do indicador
	Menos de 50% do volume	0% do valor do indicador
CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Relatório enviado conforme solicitado	100% do valor do indicador
	Relatório enviado incompleto	90% do valor do indicador
	Relatório não enviado no prazo	0% do valor do indicador
MORTALIDADE OPERATÓRIA	TMO dentro dos parâmetros e recomendações da ANS (nov./2012) e Relatório conforme solicitado	100% do valor do indicador
	Relatório enviado incompleto	90% do valor do indicador
	Taxa de Mortalidade Operatória fora da variação da ANS (nov./2012) e Relatório não enviado no prazo	0% do valor do indicador
SEGURANÇA DO PACIENTE	Relatório enviado conforme solicitado	100% do valor do indicador
	Relatório enviado incompleto	90% do valor do indicador
	Relatório não enviado no prazo	0% do valor do indicador
BANCO DE LEITE HUMANO	Cumprimento da meta em todos os itens e relatório completo enviado dentro do prazo	100% do valor do indicador
	Cumprimento da meta em todos os itens e relatório incompleto	90% do valor do indicador
	Não cumprimento da meta em até dois itens	90% do valor do indicador
	Não cumprimento da meta em mais de dois itens	70% do valor do indicador
	Relatório não enviado no prazo	0% do valor do indicador
REDE CEGONHA	Cumprimento da meta em todos os itens e relatório completo enviado dentro do prazo	100% do valor do indicador
	Cumprimento da meta em todos os itens e relatório incompleto	90% do valor do indicador
	Não cumprimento da meta em até dois itens	90% do valor do indicador
	Não cumprimento da meta em três itens	70% do valor do indicador
	Não cumprimento da meta em mais de três itens	0% do valor do indicador
	Relatório não enviado no prazo	0% do valor do indicador

Fonte: CG nº 03/2023, págs. 55 e 56.

7. PARECER CONCLUSIVO

Analisando as metas pactuadas com a Organização Social IDEAS firmadas através do CG nº 03/2023 e seus Anexos Técnicos, conforme as informações enviadas pelo Hospital Materno Infantil Santa Catarina - HMISC, pode-se concluir que no Ano de 2025 houve o cumprimento integral das metas pactuadas para os Indicadores de Qualidade contratados, não havendo impacto financeiro para o período.

Em relação às "Metas de Produção Assistencial" pode-se identificar que no 1º semestre de 2025 houve o cumprimento de meta acima de 100% nos serviços de Atendimento de Urgência e Emergência (170,22%), Assistência Hospitalar (122,46%), Atendimento Ambulatorial (126,05%) e SADT Externo (115,33%). A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial foi realizada no 1º semestre e consta do Relatório de Avaliação de Execução do 2º trimestre do ano de exercício.

No 2º semestre de 2025 identifica-se que houve cumprimento de meta acima de 100% nos serviços de Atendimento de Urgência e Emergência (166,34%), Assistência Hospitalar (110,97%), Atendimento Ambulatorial (128,20%) e SADT Externo (111,11%). A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial foi realizada no 2º semestre e consta do Relatório de Avaliação de Execução do 4º trimestre do ano de exercício.

Com o objetivo de controlar o cumprimento das metas pactuadas e acompanhar o desempenho das atividades assistenciais prestadas pela Executora aos usuários do Hospital encaminhamos este relatório para análise e aprovação da Comissão de Avaliação, Fiscalização e Monitoramento - CAF, constituída para o monitoramento do contrato de gerenciamento do Hospital Materno Infantil Santa Catarina - HMISC.

(Assinado Digitalmente)

Juliana Bosa de Vasconcelos Moreira

Membro Assistente da Comissão de Avaliação, Fiscalização e Monitoramento
Superintendência das Organizações Sociais e Terceiro Setor

MEMBROS DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E MONITORAMENTO (CAF)

CONTRATO DE GESTÃO nº 03/2023

Portaria nº 1.794 de 26/05/2026

I - Representante da Secretaria de Estado da Saúde de SC:

Nicolli Martins Maciel, como Titular e Presidente.

II - Representante da Sociedade Civil indicado pelo Conselho Estadual de Saúde:

Agostinho Luiz Schiochetti, como Titular.

III - Representante da Regulação da Secretaria de Estado da Saúde:

Elen Débora Brinker Siqueira, como Titular;

VI - Representante da Regional de Saúde de Criciúma:

Diego Floriano de Souza, como Titular;

V - Representante de Associações, conselhos e afins de atuação nas Unidades:

Manoel Pinto Moreira, como Titular.



Assinaturas do documento



Código para verificação: **Q127WOQ7**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ **JULIANA BOSA DE VASCONCELOS MOREIRA** (CPF: 035.XXX.149-XX) em 25/06/2026 às 18:22:29
Emitido por: "SGP-e", emitido em 05/06/2023 - 16:17:12 e válido até 05/06/2123 - 16:17:12.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **NICOLLI MARTINS MACIEL** (CPF: 055.XXX.449-XX) em 25/06/2026 às 18:22:40
Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/05/2023 - 13:56:33 e válido até 02/05/2123 - 13:56:33.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **DIEGO FLORIANO DE SOUZA** (CPF: 081.XXX.899-XX) em 25/06/2026 às 18:40:31
Emitido por: "SGP-e", emitido em 03/01/2023 - 14:13:59 e válido até 03/01/2123 - 14:13:59.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **AGOSTINHO LUIZ SCHIOCHETTI** (CPF: 627.XXX.169-XX) em 26/06/2026 às 15:46:20
Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/07/2022 - 15:02:02 e válido até 28/07/2122 - 15:02:02.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAxNTE0NTJfMTUyNjM5XzlwMjZfUTEyN1dPUTc=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00151452/2026** e o código **Q127WOQ7** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.