

GUIA DE CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO 

2026

1ª edição





República Federativa do Brasil

Tribunal de Contas da União

MINISTROS

Vital do Rêgo, Presidente

Jorge Oliveira, Vice-presidente

Walton Alencar Rodrigues

Benjamin Zymler

Augusto Nardes

Bruno Dantas

Antônio Anastasia

Jhonatan de Jesus

MINISTROS-SUBSTITUTOS

Augusto Sherman Cavalcanti

Marcos Bemquerer Costa

Weder de Oliveira

MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TCU

Cristina Machado da Costa e Silva, Procuradora-Geral

Lucas Rocha Furtado, Subprocurador-Geral

Paulo Soares Bugarin, Subprocurador-Geral

Marinus Eduardo de Vries Marsico, Procurador

Júlio Marcelo de Oliveira, Procurador

Sergio Ricardo Costa Caribé, Procurador

Rodrigo Medeiros de Lima, Procurador

GUIA DE CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO

Brasília, 2026.



Conteúdo protegido por direito autoral, nos termos da Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998; 2026, Tribunal de Contas da União.

A reprodução de parte deste conteúdo é permitida, desde que informada a fonte original.

Disponível também em:

Costa, Antônio França da.

Guia de contratualização de hospitais centrada no cidadão / Antônio França da Costa. - 1. ed. - Natal: SEDIS-UFRN, 2026.
344f.; il., color.

ISBN 978-65-5569-689-1

1. Contratualização Hospitalar. 2. Controle Social. 3. Avaliação de Desempenho. 4. Sistema único de Saúde (SUS). I. Título.

CDU 614
C837g

Ficha catalográfica elaborada por Edineide da Silva Marques CRB-15/488

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
SAFS, Quadra 4, Lote 1
CEP 70042-900
Brasília-DF
(61) 3316-7535
www.tcu.gov.br

Ouvidoria
0800 6441500
ouvidoria@tcu.gov.br



APRESENTAÇÃO DO PRESIDENTE

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um patrimônio do cidadão brasileiro, representando uma das maiores políticas públicas do nosso país. Todos os dias, milhões de pessoas dependem dos hospitais públicos e conveniados para receber atendimento seguro e de qualidade.

Nesse cenário, o processo de contratação dos serviços hospitalares se torna ainda mais decisivo, deixando de ser um mero formalismo jurídico para se tornar uma ferramenta estratégica de transformação. É por meio dela que se organiza a relação entre o gestor público e os hospitais prestadores de serviços, definindo-se os serviços a serem ofertados, as metas assistenciais, os recursos financeiros envolvidos e as responsabilidades de cada parte.

Este **Guia de Contratualização Hospitalar Centrada no Cidadão** foi elaborado com o objetivo de contribuir para o fortalecimento desse processo, orientando gestores e instituições na construção de contratos mais efetivos e alinhados às necessidades da população.

A iniciativa resulta de cooperação técnica entre o Tribunal de Contas da União (TCU) e o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (LAIS/UFRN). Além disso, a divulgação do material tem o apoio da Confederação Nacional dos Municípios (CNM).

O guia aborda temas essenciais para uma contratualização orientada por resultados, com foco em: identificar as necessidades da população; definir o perfil de assistência do hospital; fixar metas e indicadores; e in-





tegrar o hospital à rede de atenção à saúde. Além disso, aborda questões como alta hospitalar responsável e cuidado humanizado, bem como mecanismos de transparência, monitoramento e prestação de contas.

Mais do que um instrumento jurídico ou administrativo, a contratualização deve ser compreendida como uma ferramenta de organização do cuidado e de promoção de valor em saúde, entendida como a busca pelos melhores resultados assistenciais, com a melhor experiência para o usuário e a aplicação responsável dos recursos públicos.

Este guia não pretende esgotar todos os aspectos envolvidos na **contratualização hospitalar**. Seu propósito é oferecer orientações práticas e acessíveis que ajudem a colocar o cidadão no centro das decisões e a fortalecer a responsabilidade pelos resultados entregues à população.

O documento foi pensado para apoiar gestores estaduais e municipais de saúde, dirigentes hospitalares, profissionais técnicos e conselhos de saúde, além de contribuir para que o próprio cidadão compreenda melhor como se organiza a prestação de serviços hospitalares no SUS.

Ao longo do texto, são apresentados conceitos, orientações práticas, modelos de cláusulas, instrumentos de monitoramento e exemplos de boas práticas, em linguagem clara e acessível.

Nosso compromisso é contribuir para uma contratualização mais transparente, responsável e orientada por resultados que façam diferença real na vida das pessoas. Fortalecer a contratualização é fortalecer o SUS. E fortalecer o SUS é proteger o direito à saúde de cada cidadão.

MINISTRO VITAL DO RÊGO FILHO

Presidente do Tribunal de Contas da União





CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezada gestora, prezado gestor,
e profissionais comprometidos com a saúde pública,

É com grande entusiasmo e um renovado senso de missão social que entregamos a vocês o “**Guia de Contratualização Hospitalar Centrada no Cidadão**”. Este material é resultado da parceria técnica entre o Tribunal de Contas da União (TCU) e o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (LAIS/UFRN). Nosso objetivo é unir o rigor da governança à sensibilidade necessária para o cuidado com as pessoas.

Mais do que um conjunto de diretrizes, esta obra convida a uma mudança de perspectiva: o SUS que vai além dos números. A **contratualização hospitalar** não deve ser apenas um acordo burocrático, mas um compromisso formal com o cuidado, em que cada parte do contrato tem o poder de transformar a vida de quem depende do sistema público.

Ao ler este Guia, você encontrará orientações que podem fazer do contrato um instrumento vivo de gestão. Nesta jornada de leitura, apresentamos caminhos para:

- Colocar o Cidadão no Centro: definindo o que será contratado com base nas necessidades reais da população e não apenas na oferta histórica.
- Promover a Humanização: para que o respeito, a escuta ativa e a dignidade se tornem obrigações contratuais que podem ser medidas e cobradas.



- 
- Focar em Desfechos: para superar a lógica da produção isolada e priorizar resultados de valor, como a redução da mortalidade e a segurança do paciente.
 - Assegurar a Continuidade: com a garantia de uma alta hospitalar responsável, conectando o hospital à rede de atenção para que nenhum cidadão fique desamparado ao sair da unidade.

O trabalho do Tribunal de Contas da União (TCU), ao apoiar esta iniciativa, reafirma seu papel constitucional não apenas como fiscal, mas como um incentivador de melhorias em todo o sistema. O foco é a sustentabilidade do SUS e a efetividade das políticas públicas. Por meio do estímulo à transparência e ao acompanhamento contínuo, buscamos reduzir a diferença de informações, fortalecer o controle social e ampliar a confiança da sociedade na gestão da saúde.

Acreditamos que a saúde é um direito fundamental que não pode ser tirado e que a eficiência no uso dos recursos é a maior prova de respeito ao cidadão. Que este Guia seja um aliado em sua jornada para transformar cada contrato em uma ferramenta de justiça social e cada atendimento em um gesto de dignidade.

Boa leitura e excelente caminhada na construção de um SUS cada vez mais justo e humano.

RICARDO VALENTIM

Professor da UFRN, Pesquisador
e Cofundador do LAIS/UFRN

JANAÍNA VALENTIM

Professora da Especialização em Auditoria do SUS/UFRN,
e Pesquisadora do LAIS/UFRN



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
-------------------	-----------

Capítulo 1 - FUNDAMENTOS DA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR NO SUS	15
--	----

Capítulo 2 - DEFINIÇÃO ESTRATÉGICA DA CONTRATUALIZAÇÃO: NECESSIDADES DA POPULAÇÃO, RESPONSABILIDADE POR DESFECHOS ASSISTENCIAIS E REMUNERAÇÃO PELO CUIDADO	31
---	----

Capítulo 3 - HUMANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO: HUMANIZAÇÃO COMO DEVER CONTRATUAL, INTEGRAÇÃO DO HOSPITAL À REDE DE SAÚDE E A ALTA RESPONSÁVEL	77
--	----

Capítulo 4 - MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E TRANSPARÊNCIA: O FOCO NOS RESULTADOS PARA O CIDADÃO E O DIÁLOGO TRANSPARENTE ENTRE GESTOR, HOSPITAL E CIDADÃO	107
Considerações Finais	141
Lista de siglas e abreviações	145
Referências	146
Apêndices	159
Anexo	325
Glossário de termos técnicos	335

INTRODUÇÃO

O SUS QUE VAI ALÉM DOS NÚMEROS!

Imagine um hospital que não é avaliado apenas por quantas camas possui ou por quantas cirurgias realiza, mas por quantas vidas ele realmente transformou.

Imagine que cada contrato firmado no Sistema Único de Saúde (SUS) fosse medido não apenas em números de procedimentos, mas em dor evitada, complicações prevenidas, reinternações reduzidas, alta segura garantida e famílias orientadas com clareza.

A contratualização é a ferramenta que transforma essa visão em realidade. Mas isso exige uma mudança de pergunta.

Em vez de focar apenas no volume produzido, é preciso perguntar: como a vida de quem usa o SUS vai melhorar com esse contrato? Este instrumento está ampliando acesso com qualidade? Está garantindo cuidado seguro? Está promovendo melhores desfechos clínicos? Está utilizando os recursos públicos com responsabilidade? É a partir dessas perguntas que nasce uma contratualização verdadeiramente centrada no cidadão.

A **contratualização hospitalar** é um dos principais instrumentos de organização do cuidado no SUS. É por meio dela que o gestor público

define, junto ao hospital, quais serviços serão prestados, com quais metas, com quais recursos e com quais resultados esperados.

Tradicionalmente, muitos processos de contratualização concentram-se na produção de serviços: número de internações, cirurgias realizadas, exames executados. Embora a produção seja importante para garantir acesso, ela não é suficiente para assegurar qualidade, segurança e efetividade do cuidado.

Este guia parte de uma pergunta central:

A contratualização está melhorando a vida do cidadão?

Figura 1 – A contratualização está melhorando a vida do cidadão?



Fonte: elaboração própria

A proposta da contratualização centrada no cidadão é mudar o foco. Em vez de perguntar apenas “quanto foi produzido?”, o gestor deve perguntar também:

- O cuidado foi seguro?
- Houve redução de reinternações evitáveis?
- O paciente saiu com orientação clara?
- O hospital está integrado à rede de atenção?
- A informação está acessível ao cidadão?

Uma contratualização centrada no cidadão:

- define o objeto do contrato com base nas necessidades reais da população;
- estabelece metas que priorizam segurança e desfechos clínicos;
- vincula parte do pagamento ao desempenho assistencial;
- incorpora a humanização como obrigação contratual;
- assegura integração com a atenção primária e demais pontos da rede, inclusive para garantia de alta segura;
- garante transparência e linguagem acessível.

Além disso, ela transforma o contrato em instrumento vivo de gestão. O monitoramento contínuo permite revisar metas, ajustar recursos e corrigir distorções diante de mudanças no contexto assistencial.

Este guia foi estruturado para apoiar gestores e hospitais na construção desse modelo. Ele apresenta orientações conceituais e instrumentos práticos que podem ser adaptados à realidade local, sempre respeitando a legislação vigente e os acordos entre os gestores de saúde federais, estaduais e municipais, sobre prioridades da saúde, metas e indicadores.

A contratualização não é um fim em si mesma. Ela é um meio para alcançar um objetivo maior: oferecer cuidado hospitalar seguro, resolutivo e digno para cada cidadão que depende do SUS.

Figura 2 – Cuidado seguro, resolutivo e digno



Fonte: elaboração própria

Para a Dona Maria, isso significa, por exemplo, que, ao receber alta após uma cirurgia, ela não sairá apenas com um papel nas mãos, mas com a consulta já agendada na Unidade Básica de Saúde, orientações claras e compreensíveis e a segurança de que terá continuidade no cuidado.

Nos capítulos seguintes, serão apresentados os fundamentos, os instrumentos e as boas práticas que podem contribuir para tornar essa proposta possível.



Neste guia, o uso da palavra contrato é, muitas vezes, utilizado para representar todos os instrumentos que podem ser utilizados para formalizar a contratualização.



É importante destacar que os exemplos, instruções e modelos apresentados nos apêndices deste Guia são para fins educativos. Eles servem como apoio prático para aprimorar a contratualização dos hospitais, tornando-a mais orientada às necessidades do cidadão.



Capítulo 1

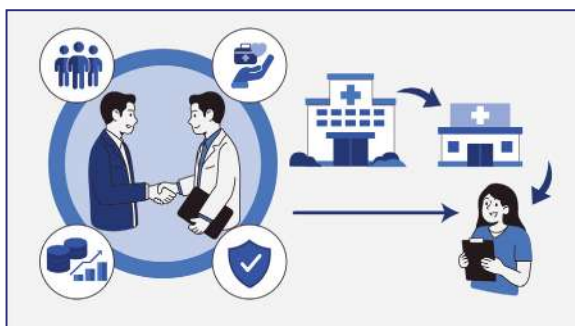
FUNDAMENTOS DA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR NO SUS



Capítulo 1 – **FUNDAMENTOS DA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR NO SUS**

CONTRATUALIZAÇÃO E O PACTO PELO CUIDADO: O QUE É E POR QUE IMPORTA?

Figura 3 – O que a contratualização define



Fonte: elaboração própria

Contratualização é um aperto de mãos formal entre quem planeja a saúde (gestor) e quem cuida do paciente (hospital).

O que a contratualização define na prática:

O que? Serviços prestados.

Para quem? População atendida.

Quanto? Valor justo.

Como? Critérios de qualidade e segurança.

Até onde? Metas de desempenho a serem atingidas.

Depois? como o hospital se comunica com o resto da rede para garantir a continuidade do cuidado.

Antes de tratar de metas, pagamento por desempenho, humanização e integração em rede, é importante compreender o que é **contratualização hospitalar**.

Contratualização hospitalar é o processo pelo qual o gestor do SUS e o hospital formalizam, por escrito, como será a prestação dos serviços hospitalares. Nesse processo são definidos o que o hospital deve fazer, para quem deve fazer, quais metas deve cumprir, quanto receberá, como será avaliado e quais resultados são esperados.¹

1 “A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP” (art. 3º, parágrafo único, do anexo 2 do anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017). A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), por sua vez deixa claro que “A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa (...)” e deve observar as seguintes diretrizes: “adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver; definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor; estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas quali-quantitativas; aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e efetivação do controle social e garantia de transparência.”

Não se trata apenas de um acordo financeiro. A contratualização é um instrumento de organização do cuidado. Ela define o papel do hospital na rede de atenção à saúde e estabelece responsabilidades claras para o gestor e para o prestador do serviço.

Quando bem estruturada, a contratualização:

- organiza o acesso da população;
- diminui conflitos e filas paralelas;
- define metas claras;
- permite monitoramento contínuo;
- melhora a qualidade do atendimento;
- protege o cidadão.

Quando é genérica ou mal definida, surgem problemas como superlotação, desperdício de recursos, falta de integração com a rede e ausência de responsabilização por resultados.

Figura 4 – Finalidades da contratualização de hospitais



Fonte: Tribunal de Contas da União. Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão consulta pública], 2024

“Busca-se, com a contratualização, a entrega de valor ao usuário dos hospitais do SUS, garantindo o melhor resultado assistencial, com a melhor experiência do usuário, e ao menor custo per capita.”²

QUAIS HOSPITAIS DEVEM FORMALIZAR A CONTRATUALIZAÇÃO?

² Tribunal de Contas da União. *Referencial de auditoria em contratualização de hospitais* [versão para consulta pública], 2024.

Sempre que houver prestação regular de serviços hospitalares ao SUS com repasse de recursos públicos, deve existir instrumento formal de contratualização.³

Figura 5 – Contratualização de hospitais no SUS



Fonte: Tribunal de Contas da União. Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão consulta pública], 2024

Isso inclui hospitais públicos próprios (municipais, estaduais ou federais), hospitais privados sem fins lucrativos, como santas casas e hospitais

3 Segundo a PNHOSP, “os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão.”

filantrópicos, e também hospitais privados com fins lucrativos quando contratados para atender pelo SUS.⁴

Mesmo quando o hospital pertence ao próprio poder público, é necessário formalizar metas, responsabilidades e critérios de avaliação. A formalização garante transparência, clareza de papéis e acompanhamento técnico.

Assim, “é possível se falar em contratualização interna, quando o gestor de saúde firma um instrumento de contratualização com órgão ou entidade do próprio ente federado, e contratualização externa, quando o gestor de saúde firma um instrumento de contratualização com órgãos ou entidade de outro ente federado, ou com entidades privadas com ou sem fins lucrativos.”⁵

4 “A Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, no anexo 2 do anexo XXIV, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em seu art. 2º, parece limitar a necessidade de contratualização: “a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS: I - públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; II - privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e III - privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS.”“Todavia, a necessidade de contratualização dos serviços assistenciais de saúde com todos os hospitais tem se tornada incontroversa. A Portaria GM/MS 1.604/2023, que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes), impõe que todo e qualquer serviço, ações ou procedimento da atenção especializada à saúde deve ser “regularmente contratualizado” (art. 21, inciso II).” (Tribunal de Contas da União. *Referencial de auditoria em contratualização de hospitais* [versão para consulta pública], 2024.)

5 Tribunal de Contas da União. *Referencial de auditoria em contratualização de hospitais* [versão para consulta pública], 2024.

Figura 6 – Contratualização interna e externa



Fonte: Tribunal de Contas da União. Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão consulta pública], 2024

De forma simples: se há recurso público e prestação contínua de serviços hospitalares ao SUS, deve haver contratualização formal.

QUAIS SÃO OS INSTRUMENTOS QUE FORMALIZAM A CONTRATUALIZAÇÃO?

A contratualização ocorre por meio de instrumento formal, que pode ter nomes diferentes dependendo do tipo de organização envolvida e das leis que se aplicam. Pode ser contrato administrativo, convênio, contrato de gestão ou outro instrumento jurídico adequado.

A contratualização poder ser firmada, dentre outros, pelos seguintes instrumentos:⁶

Figura 7 – Instrumentos de contratualização



Fonte: Tribunal de Contas da União. Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão consulta pública], 2024.

- Convênio: firmado entre o gestor do SUS com entidades beneficentes sem fins lucrativos;
- Contrato Administrativo: firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto de contrato for compra de ações e serviços de saúde;

6 Esta relação consta no art. 24 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS 2/2017.

- Contrato de Gestão: firmado entre gestores do SUS e a entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OS);
- Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP): é o instrumento que formaliza a relação entre gestores do SUS quando, por exemplo, o hospital é administrado por um município, mas está na gestão de outro;
- Termo de Parceria: instrumento firmado entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP);
- Termo de Compromisso ou Contrato de Gestão: firmado entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gerência e gestão.

Para mais informações sobre os instrumentos que formalizam a contratualização, veja o **Anexo – Modalidade de Contratualização**.

Independentemente do nome, o instrumento deve conter⁷:

- definição clara do objeto;
- metas quantitativas e qualitativas;
- indicadores de desempenho;

7 O art. 23 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS 2/2017 estabelece o conteúdo mínimo do instrumento formal de contratualização.

- regras de pagamento;
- critérios de monitoramento;
- cláusulas de transparência;
- previsão de revisão periódica;
- responsabilidades, sanções e penalidades;
- constituição e funcionamento da comissão de acompanhamento da contratualização.

Figura 8 – Conteúdo dos instrumentos de contratualização de hospitais no SUS



Fonte: Tribunal de Contas da União. Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão consulta pública], 2024

Um elemento essencial desse processo é o **Documento Descritivo**.

O Documento Descritivo detalha tecnicamente o que foi pactuado. Ele especifica o perfil assistencial do hospital, as linhas de cuidado prioritárias, os volumes de produção, as metas de qualidade, os indicadores, os fluxos de referência e contrarreferência e a forma de avaliação.

Figura 9 – Documento Descritivo



Fonte: Tribunal de Contas da União. Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão consulta pública], 2024.

O Documento Descritivo deve conter no mínimo⁸:

- a definição de todas as ações e serviços de saúde;
- a definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas;
- a definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados;
- a descrição da estrutura física, tecnológica e de recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;
- a definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; e
- a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

Enquanto o contrato apresenta as regras gerais, o Documento Descritivo traduz essas regras em compromissos técnicos concretos. Sem um documento descritivo claro e atualizado, a contratualização tende a ser genérica e pouco efetiva.

O Documento Descritivo tem validade máxima de 24 meses⁹, devendo ser renovado após o período de validade, e pode ser alterado a qualquer tempo quando acordado pelas partes. Essas alterações devem ser publicadas do Diário Oficial e respeitar a legislação de regência de cada instrumento de formalização.

8 Art. 24 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS 2/2017.

9 Art. 27 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS 2/2017.



Neste guia, ao nos referimos ao contrato, estamos denominando os diversos instrumentos que formalizam a contratualização.

POR QUE ESTE TEMA VEM ANTES DOS DEMAIS?

Para compreender os temas seguintes — como metas orientadas a resultados, pagamento por desempenho, humanização exigível, integração à rede e transparência — é preciso entender primeiro o que é contratualizar.

Contratualizar não é apenas assinar um documento. É definir, com clareza:

- qual é o papel do hospital na rede;
- quais necessidades da população devem ser atendidas;
- quais resultados são esperados;
- como o desempenho será acompanhado.

Uma contratualização bem estruturada é o ponto de partida para transformar o hospital em um serviço verdadeiramente orientado às necessidades do cidadão.



Capítulo 2

DEFINIÇÃO ESTRATÉGICA DA CONTRATUALIZAÇÃO: NECESSIDADES DA POPULAÇÃO, RESPONSABILIDADE POR DESFECHOS ASSISTENCIAIS E REMUNERAÇÃO PELO CUIDADO



Capítulo 2 – **DEFINIÇÃO ESTRATÉGICA DA CONTRATUALIZAÇÃO: NECESSIDADES DA POPULAÇÃO, RESPONSABILIDADE POR DEFECHOS ASSISTENCIAIS E REMUNERAÇÃO PELO CUIDADO**

**PLANEJAMENTO ASSERTIVO:
ALINHANDO O PERFIL
HOSPITALAR ÀS NECESSIDADES
DA POPULAÇÃO**

POR QUE COMEÇAR PELO DIAGNÓSTICO?

Figura 10 – Análise das necessidades reais da população



Fonte: elaboração própria.

Antes de definir o que será contratado de um hospital, o gestor precisa responder a uma pergunta simples:

De que a população realmente precisa?

A **contratualização hospitalar** não pode ser baseada apenas:

- na estrutura que o hospital já possui;
- nas especialidades médicas disponíveis;
- na oferta histórica de serviços;
- ou em pressões políticas e demandas pontuais.

Ela deve ser baseada em **dados concretos sobre a saúde da população**.¹⁰

Quando o objeto contratual não reflete as necessidades reais do território, surgem problemas como:

- superlotação;
- filas desnecessárias;
- serviços ociosos;
- desperdício de recursos;
- aumento de riscos assistenciais.

Um levantamento realizado pelo TCU identificou riscos relevantes quando não há definição adequada das necessidades da população.¹¹

10 No âmbito da contratualização, compete aos entes federativos contratantes “definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sociodemográficas da região de saúde, conforme pactuação na CIB e na CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas”, conforme estabelecido no art. 5º, II do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação 2/2017.

11 O Acórdão nº 1.504/2024 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Walton Alencar Rodrigues, foi proferido nos autos do processo 021.775/2023-0, Relatório de Levantamento, onde foram apontados 209 riscos que podem comprometer o melhor resultados assistencial, a melhor experiência do usuário e o menor custo para os contribuintes. Esse levantamento deu origem ao “Referencial para realização de auditoria em contratualização de hospitais no SUS”.

O QUE É O DIAGNÓSTICO DA POPULAÇÃO?

Figura 11 – Diagnóstico populacional



Fonte: elaboração própria

O diagnóstico é um retrato claro da realidade de saúde do território. Ele deve considerar dois grupos de informações:

1. Diagnóstico epidemiológico¹²

Mostra **quais doenças e agravos são mais frequentes** na população.

12 As ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS devem ser desenvolvidos obedecendo, dentre outros princípios, a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática (art. 7º, I, da Lei 8080/1990). Segundo o art. 6º, §2º, da Lei 8080/1990, "entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos."

Exemplos:

- taxa de internação por doenças cardiovasculares;
- número de partos e perfil obstétrico;
- prevalência de doenças crônicas;
- causas de mortalidade;
- internações por causas evitáveis.

2. Diagnóstico sociodemográfico

Mostra **quem é a população** e como ela vive.

Exemplos:

- número de habitantes;
- distribuição por faixa etária;
- envelhecimento populacional;
- taxa de natalidade;
- índice de vulnerabilidade social;
- áreas rurais ou de difícil acesso.

Esses dados permitem estimar:

- volume esperado de atendimentos;
- tipo de especialidades necessárias;

- necessidade de leitos clínicos, cirúrgicos ou de unidade de tratamento intensivo (UTI);
- necessidade de serviços específicos (como saúde da mulher, saúde do idoso, trauma etc.).

OBRIGATORIEDADE DO DIAGNÓSTICO PRÉVIO



Nenhum objeto contratual hospitalar deve ser definido sem diagnóstico epidemiológico e sociodemográfico prévio, formalizado e documentado.¹³

Esse diagnóstico deve:

- ser aprovado pela área técnica da Secretaria de Saúde;
- estar alinhado ao Plano de Saúde¹⁴;

13 A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) estabelece que a missão e o perfil dos hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS (art. 4º do anexo XXIV do Portaria de Consolidação nº 2/2017). Os entes federativos contratantes, por sua vez, devem “definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sociodemográficas da região de saúde, conforme pactuação na CIB e na CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas” (art. 5º, II, do anexo 2 do anexo XXIV, da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017).

14 Os entes federados devem elaborar e atualizar periodicamente o plano de saúde (art. 15, VIII, da Lei 8080/1990). A elaboração plano de saúde, a ser apreciado pelo respectivo conselho de saúde, é condição para recebimento de recursos via Fundo Nacional de Saúde (art. 22, II c/c art. 36, §2º, da Lei Complementar 141/2012).

- considerar a Programação Pactuada e Integrada (PPI)¹⁵;
- considerar as pactuações realizadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regional (CIR).

Sem esse diagnóstico, a contratualização pode se tornar desconectada da realidade da população.

DADOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS PARA O DIAGNÓSTICO

Figura 12 – Dados mínimos necessário para o diagnóstico



Fonte: elaboração própria

15 A Programação Pactuada Integrada(PPI) foi estabelecida pelo Pacto pela Saúde de 2006 e é “um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores” (Portaria MS nº 399, de 22, de fevereiro de 2006).

Para garantir padronização e objetividade, recomenda-se que o diagnóstico contenha, no mínimo:

1. Dados demográficos

- População total do território.
- Distribuição por faixa etária.
- Projeção populacional para os próximos 4 anos.
- Fluxo de população referenciada de outros municípios.

2. Dados epidemiológicos

- Principais causas de internação.
- Principais causas de mortalidade.
- Taxa de internação por mil habitantes.
- Tempo médio de permanência.
- Taxa de ocupação de leitos.
- Perfil de agravos evitáveis.

3. Dados da rede existente

- Capacidade instalada própria.
- Número de leitos por especialidade.
- Serviços de média e alta complexidade existentes.
- Fluxos de referência e contrarreferência.
- Gargalos identificados na regulação.

4. Dados financeiros

- Gastos hospitalares per capita.
- Valores pagos por tipo de procedimento.
- Comparação entre produção contratada e realizada.

COMO TRANSFORMAR O DIAGNÓSTICO EM OBJETO CONTRATUAL

Figura 13 – Como transformar o diagnóstico em objeto contratual



Fonte: elaboração própria

O diagnóstico não deve ficar apenas no papel. Ele deve ser traduzido em critérios objetivos para o contrato.

Etapa 1 – Identificar prioridades assistenciais

Exemplo:

Se o diagnóstico mostrar:

- alta taxa de acidente vascular cerebral (AVC),
- envelhecimento populacional,
- baixa cobertura de leitos clínicos,

o contrato deve priorizar:

- leitos clínicos;
- protocolos de cuidado ao idoso;
- linha de cuidado cardiovascular;
- articulação com a Atenção Primária para prevenção.

Etapa 2 – Definir o perfil assistencial do hospital

O perfil assistencial deve responder:

- O hospital será geral ou especializado?
- Qual o nível de complexidade?
- Qual o volume esperado de atendimentos?
- Qual sua área de abrangência?
- Qual população de referência?

O perfil deve ser coerente com:

- o diagnóstico;
- a rede regional;
- as pactuações na CIB e na CIR.

Etapas 3 – Definir metas coerentes com a realidade

As metas quantitativas e qualitativas devem:

- refletir a demanda real;
- respeitar a capacidade instalada;
- evitar metas irreais;
- considerar sazonalidades.

Metas mal definidas geram:

- distorção na produção;
- priorização indevida de procedimentos;
- perda de qualidade assistencial.

COMPATIBILIZAÇÃO COM PACTUAÇÕES REGIONAIS (CIB E CIR)

O hospital não funciona isoladamente.

Ele faz parte de uma Rede de Atenção à Saúde.¹⁶

Por isso, o objeto contratual deve estar compatível com:

- definição regional de serviços de referência;
- divisão territorial pactuada;
- fluxos regulados;
- responsabilidades interfederativas.

Quando isso não ocorre, surgem:

- sobrecarga em alguns hospitais;
- subutilização em outros;
- conflitos federativos;
- dificuldade de financiamento adequado.

BENEFÍCIOS ESPERADOS DESSA ABORDAGEM

Definir o objeto contratual com base em diagnóstico da população gera redução da superlotação, melhor organização da rede, uso mais eficiente

16 Os hospitais têm o seu perfil definido tendo em vista o desenho da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Compete às Secretarias Estaduais de Saúde, do Distrito Federal e dos Municípios estabelecerem, de forma pactuadas, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições. (arts. 4º, 37, §2º, III, §3º, III, do anexo XXIV da Portaria de Consolidação 2/2017).

dos recursos, redução de desperdícios, melhores desfechos assistenciais, maior satisfação do cidadão e maior transparência e previsibilidade.

MODELO TRADICIONAL X MODELO CENTRADO NO CIDADÃO

A forma como o objeto contratual é definido muda completamente o resultado da contratualização. Abaixo está uma comparação simples entre dois modelos.

Tabela 1 - Comparação entre modelos de definição do objeto contratual hospitalar

Aspecto	Modelo tradicional	Modelo Centrado no Cidadão
Ponto de partida	Estrutura já existente do hospital	Necessidades reais da população
Base de decisão	Histórico de produção e especialidades disponíveis	Diagnóstico epidemiológico e sociodemográfico
Pergunta principal	“O que o hospital já faz?”	“De que a população precisa?”
Definição do perfil do hospital	Mantém especialidades já instaladas	Ajusta o perfil conforme as demandas do território

Aspecto	Modelo tradicional	Modelo Centrado no Cidadão
Integração com a rede	Frágil ou pouco estruturada	Alinhada à PPI e às pactuações da CIB/CIR
Metas contratualizadas	Foco em volume de produção	Foco em acesso, qualidade e resultados assistenciais
Uso dos recursos públicos	Pode gerar desperdício ou ociosidade	Direcionado às prioridades de saúde
Risco de superlotação	Alto, por falta de planejamento regional	Reduzido, com fluxos pactuados
Transparência para o cidadão	Baixa compreensão do que foi contratado	Clareza sobre serviços ofertados e público atendido
Entrega de valor em saúde	Incerta	Maior probabilidade de melhores resultados com melhor experiência

Fonte: elaboração própria.

Em síntese, a **contratualização hospitalar** deve começar pela realidade da população e não pela estrutura já existente do hospital.

Quando o contrato nasce das necessidades do território, ele tende a melhorar o acesso; reduzir filas; evitar desperdícios; aumentar a qualidade; e proteger o cidadão.

Consulte os apêndices abaixo para ter acesso a exemplos, instruções e modelos que podem contribuir para um planejamento assertivo, alinhado ao perfil hospitalar às necessidades da população:

Apêndice I – Roteiro simplificado de diagnóstico epidemiológico mínimo viável (DEMIV)

Apêndice II – Checklist: “objeto contratual × necessidade da população × pactuação regional”

Apêndice III – Quadro de riscos associados à contratação baseada na oferta existente

RESPONSABILIZAÇÃO EXPLÍCITA DOS HOSPITAIS PELOS DESFECOS ASSISTENCIAIS

POR QUE FALAR EM DESFECHOS ASSISTENCIAIS?

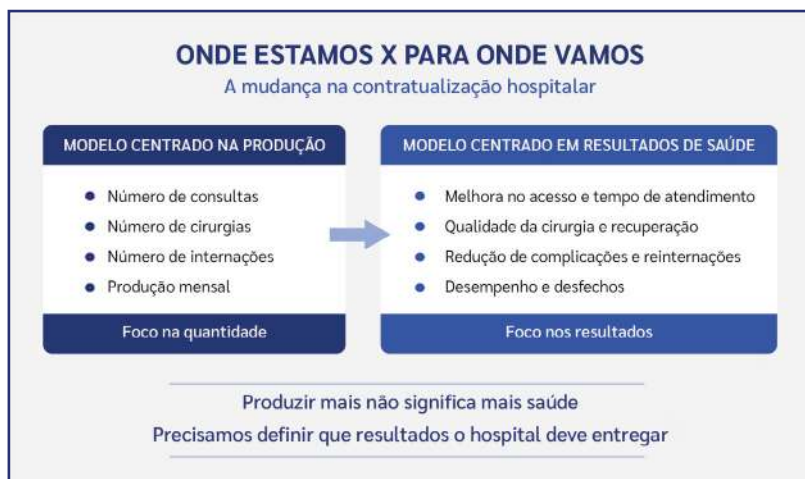
O hospital não existe apenas para realizar procedimentos.¹⁷

Ele existe para melhorar a saúde das pessoas.¹⁸

17 Os hospitais são instituições complexas responsáveis pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, devendo promover a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (Portaria de Consolidação MS 2/2017, Anexo XXXIV, art. 3º).

18 “Conforme previsto nas diretrizes de contratualização de hospitais no âmbito do SUS, é competência das unidades hospitalares contratualizadas zelar pela qualidade e resolutividade da assistência prestada, conforme arts. 7º, I, 10 e 11, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. A consecução desse dever impõe ao gestor público contratante a obrigação de prever, no instrumento formal de contratualização, cláusulas que assegurem o alcance de desfechos assistenciais favoráveis e mensuráveis.” (TCU, Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS, 2024).

Figura 14 – Onde estamos X para onde vamos



Fonte: elaboração própria

Por isso, a **contratualização hospitalar** não pode se limitar a definir:

- quantidade de consultas,
- número de cirurgias,
- número de internações,
- produção mensal.

Ela deve também deixar claro:

Quais resultados de saúde o hospital deve alcançar.

Esses resultados são chamados de **desfechos assistenciais**.¹⁹

Figura 15 – Desfechos assistenciais desejáveis



Fonte: Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão consulta pública] – TCU, 2024.

Exemplos de desfechos importantes para o cidadão:

- Redução de mortalidade evitável;
- Redução de reinternações evitáveis;

¹⁹ Dentre os princípios que orientam a prestação de ações e serviços de saúde consta o princípio da capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (art. 7º, XII, Lei 8080/1990).

- Redução de infecções relacionadas à assistência;
- Alta hospitalar segura e com continuidade do cuidado.

Quando o contrato foca apenas na produção, pode haver aumento de volume sem melhora real na saúde da população.

Quando o contrato inclui desfechos, o foco passa a ser o resultado do cuidado.

O QUE SIGNIFICA RESPONSABILIZAÇÃO EXPLÍCITA?

Responsabilização explícita significa que o contrato deve possuir²⁰:

- Alvos claros: definir claramente quais resultados o hospital deve alcançar;
- Régua do sucesso: estabelecer indicadores mensuráveis;
- Protagonismo institucional: indicar a responsabilidade do hospital sobre esses resultados;

20 O instrumento que formaliza a contratualização deve conter, de forma clara e objetiva, os seguintes elementos essenciais: regras contratuais específicas; definição de metas quantitativas e qualitativas; estabelecimento de indicadores de desempenho e monitoramento; alocação de recursos financeiros necessários; delimitação das responsabilidades de cada parte envolvida; previsão de sanções aplicáveis em caso de descumprimento; estratégias para acompanhamento e avaliação contínua dos resultados. Esses elementos devem ser estruturados de forma a garantir a transparência, a efetividade e a responsabilização das partes, promovendo a melhoria contínua dos resultados assistenciais pactuados. (Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017, arts. 21 a 23).

- Ciclo de melhoria viva: prever consequências quando os resultados não são atingidos.

Não se trata de punir automaticamente o hospital.

Trata-se de deixar claro que: o hospital é responsável pela qualidade e pelo resultado do cuidado prestado.

QUAIS DESFECHOS DEVEM SER PRIORIZADOS?

Os desfechos devem ser escolhidos com base:

- Retrato do território: diagnóstico epidemiológico do território;
- As prioridades da Rede: linhas de cuidado prioritárias;
- Mapa de perigos: principais riscos assistenciais identificados;
- Padrão ouro: evidências técnicas e normativos do SUS.

Desfechos prioritários recomendados²¹

Mortalidade evitável

Indicador relacionado a óbitos que poderiam ser reduzidos com cuidado adequado.

21 Desfechos assistenciais desejáveis in Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS, TCU, 2024. [versão para consulta pública]

Exemplos:

- Mortalidade por infarto com atraso no atendimento;
- Mortalidade por sepse hospitalar;
- Mortalidade cirúrgica ajustada por risco.

Reinternações evitáveis

Reinternações em curto prazo podem indicar:

- alta precoce;
- falha na transição do cuidado;
- tratamento inadequado.

Exemplo:

- Taxa de reinternação em até 30 dias.

Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)²²

Exemplos:

- Infecção por cateter venoso central;

22 ANVISA. Notificações de IRAS e RM em 2025: formulários de notificação nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência aos antimicrobianos (RAM) em serviços de saúde – ano 2025. Brasília, DF, 26 jan. 2026 atual. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacoes-de-iras-e-rm-2025> Acesso em 3 mar. 2026.

- Infecção de sítio cirúrgico;
- Pneumonia associada à ventilação mecânica.

Esses eventos são indicadores claros de segurança do paciente.

Alta hospitalar segura²³

Alta segura significa:

- paciente orientado;
- plano terapêutico definido;
- medicação prescrita adequadamente;
- comunicação com a atenção básica ou serviço de referência;
- registro formal de contrarreferência.

COMO ESCOLHER OS DESFECHOS ADEQUADOS?

O gestor deve responder:

- Quais são as principais causas de internação no território?

23 O Decreto 7.508/2011, em seu art. 12, assegura a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades. A Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, no anexo XXIV, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, em seu art. 16, estabelece a alta responsável, o que envolve orientação ao paciente e familiares, articulação com a atenção básica e mecanismos de desospitalização.

- Quais são as principais causas de mortalidade?
- Quais eventos adversos são mais frequentes?
- Quais linhas de cuidado são prioritárias?

Figura 16 – Como escolher desfechos adequados



Fonte: elaboração própria

Exemplo:

Se a principal demanda for doenças cardiovasculares, o contrato deve incluir:

- taxa de mortalidade por infarto;
- tempo porta-agulha ou porta-balão;
- reinternações cardiovasculares.

Se o foco for saúde materno-infantil:

- mortalidade materna;
- taxa de infecção pós-parto;
- reinternação neonatal.

DIRETRIZES PARA CONTRATUALIZAÇÃO DE VALOR: COMO TRANSFORMAR INTENÇÕES EM CLÁUSULAS OPERACIONAIS

Para que o foco em desfechos não seja apenas um desejo abstrato, o instrumento de contratualização deve ser tecnicamente preciso. Uma cláusula de desempenho bem desenhada deve ser o “manual de instruções” do resultado esperado, contendo, obrigatoriamente, os seguintes elementos²⁴:

1. Definição do desfecho: defina claramente o desfecho a ser monitorado. O que exatamente estamos protegendo?
2. Métrica do algoritmo: estabeleça indicador objetivo e fórmula de cálculo.

24 “Conforme previsto nas diretrizes de contratualização de hospitais no âmbito do SUS, é competência das unidades hospitalares contratualizadas zelar pela qualidade e resolutividade da assistência prestada, conforme arts. 7º, I, 10 e 11, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. A consecução desse dever impõe ao gestor público contratante a obrigação de prever, no instrumento formal de contratualização, cláusulas que assegurem o alcance de desfechos assistenciais favoráveis e mensuráveis.” (Tribunal de Contas da União. Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS, 2025).

3. Transparência de dados: indique fonte de dados.
4. Ritmo de monitoramento: defina periodicidade de monitoramento.
5. Escalada de metas: estabeleça metas progressivas.
6. Plano de recuperação: preveja plano de melhoria quando metas não forem atingidas.²⁵
7. Consequências financeiras: vincule parte do pagamento ou incentivo ao desempenho.²⁶

SUPERANDO A LÓGICA CENTRADA APENAS NA PRODUÇÃO: POR QUE PRODUZIR MAIS NÃO SIGNIFICA CUIDAR MELHOR

25 No Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, art. 32, está prevista a implantação da Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que deve monitorar a execução dos serviços, devendo avaliar o cumprimento das metas e da capacidade instalada e propor a readequação de metas pactuadas.

26 A Portaria GM/MS nº 1.604/2023, que instituiu a política nacional de atenção especializada em saúde no SUS, traz como uma de suas diretrizes, a “substituição gradativa da forma de financiamento, alterando o modelo de pagamento por procedimento para a remuneração em modelo fundado no cuidado integrado e integral, na contratualização de metas qualitativas e quantitativas [...]” (art. 4º XV).

Figura 17 – Modelo antigo x modelo centrado no cidadão



Fonte: elaboração própria

Modelo antigo:

- Pagamento por quantidade de procedimentos.

Modelo centrado no cidadão:

- Responsabilidade pelo resultado clínico.

Produzir mais não significa cuidar melhor.

O hospital pode realizar muitas cirurgias e ainda assim ter alta taxa de complicação.

Por isso, o contrato deve equilibrar:

- Produção (acesso);
- Qualidade (processo);
- Resultado (desfecho).

MODELO SIMPLIFICADO DE CLÁUSULA CONTRATUAL

Com o exemplo, veja um modelo de cláusula contratual.

Cláusula – Responsabilidade por desfechos assistenciais

“O hospital compromete-se a monitorar e melhorar os seguintes desfechos assistenciais prioritários:

- I. Taxa de mortalidade ajustada por risco na linha de cuidado cardiovascular;
- II. Taxa de reinternação em até 30 dias;
- III. Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central;
- IV. Percentual de altas hospitalares com contrarreferência formal registrada.”

“Os indicadores serão apurados trimestralmente, com base em dados oficiais do sistema de informação hospitalar e auditorias técnicas.”

“Caso os indicadores apresentem desempenho inferior ao pactuado por dois períodos consecutivos, o hospital deverá apresentar plano de ação corretivo.”

“Poderão ser aplicados mecanismos de incentivo ou ajuste contratual conforme desempenho.”

CONECTANDO DESFECHO, RESPONSABILIDADE E CONSEQUÊNCIA

Figura 18 – Lógica do contrato orientado a resultado



Fonte: elaboração própria

O contrato deve deixar claro:

Desfecho → Indicador → Meta → Monitoramento → Consequência.

Consequências possíveis:

- Plano obrigatório de melhoria;
- Revisão de metas;
- Readequação de perfil assistencial;
- Incentivo financeiro por melhoria sustentada;²⁷
- Ajuste no volume contratado.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

A responsabilização explícita pelos desfechos:

- Reduz mortalidade evitável;
- Reduz reinternações;
- Aumenta segurança do paciente;
- Melhora transição do cuidado;
- Reduz desperdício;
- Aumenta confiança do cidadão;
- Eleva a qualidade da assistência.

27 O incentivo financeiro deve ser adequado à legislação que rege o instrumento de contratualização utilizado.

O hospital não deve ser responsabilizado apenas pela quantidade de procedimentos que faz.

Ele deve ser responsabilizado pelo resultado efetivo que entrega à população.

Quando o contrato inclui desfechos assistenciais, ele deixa de ser um acordo de produção e passa a ser um compromisso com a vida, a segurança e a experiência do cidadão.

Consulte os apêndices abaixo para ter acesso a exemplos, instruções e modelos que podem contribuir para uma responsabilização explícita dos hospitais pelos desfechos assistenciais:

Apêndice IV – Exemplos de cláusulas de responsabilização assistencial

Apêndice V – Quadro: desfecho assistencial × linha de cuidado × obrigação contratual

Apêndice VI – Checklist de verificação de responsabilização por resultados assistenciais

MODELO DE PAGAMENTO CONDICIONADO A METAS QUALIQUANTITATIVAS

MODELO DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO: VALOR ALÉM DO VOLUME

O hospital precisa de financiamento estável para funcionar.

Mas o pagamento não deve depender apenas da quantidade de serviços realizados.²⁸

28 Dentre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, a “substituição gradativa da forma de financiamento, alterando o modelo de pagamento por procedimento para a remuneração em modelo fundado no cuidado integrado e integral, na contratualização de metas qualitativas e quantitativas...” (art. 4º, XV, da Portaria 1.604, de 18 de outubro de 2023).

Figura 19 – Modelo de pagamento centrado no cidadão



Fonte: elaboração própria

Um modelo centrado no cidadão deve responder:

- O hospital ampliou o **acesso**?
- O cuidado foi **seguro**?
- Os **resultados clínicos** melhoraram?
- A **experiência do paciente** foi positiva?

Por isso, parte do pagamento pode ser condicionada ao cumprimento de metas **quantitativas** (volume) e **qualitativas** (resultado e segurança).²⁹

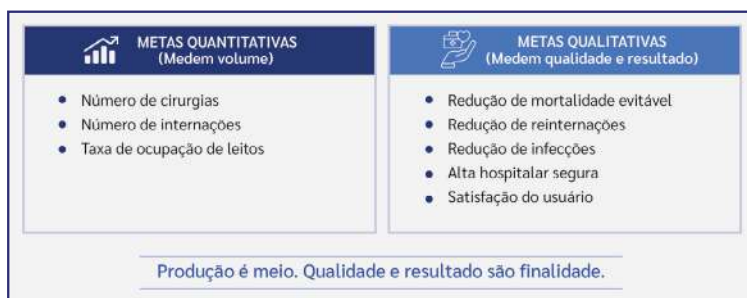
29 Segundo as diretrizes para contratualização de hospitais no SUS, “o repasse dos recursos financeiros pelos entes federativos aos hospitais contratualizados será realizado de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos específicos e no instrumento de contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo” (art. 28, caput, do anexo 2 do anexo XXIV, da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017).

Isso estimula:

- ▶ melhor organização do cuidado
- ▶ redução de desperdício
- ▶ foco em desfechos clínicos
- ▶ melhoria contínua

O QUE SÃO METAS QUALI-QUANTITATIVAS?

Figura 20 – Metas quantitativa X metas qualitativas



Fonte: elaboração própria

Metas quantitativas medem volume:

- número de cirurgias;
- número de internações;
- taxa de ocupação de leitos.

Metas qualitativas medem qualidade e resultado:

- redução de mortalidade evitável;
- redução de reinternações;
- redução de infecções;
- alta hospitalar segura;
- satisfação do usuário.

Um contrato equilibrado combina as duas dimensões.

ESTRUTURA BÁSICA DO MODELO DE PAGAMENTO

Recomenda-se dividir o pagamento em duas partes:³⁰

Parcela Fixa (garantia de funcionamento)

Corresponde à estrutura mínima necessária para manter o hospital operando.

Exemplo:

30 Segundo as diretrizes para contratualização de hospitais no SUS, o repasse mensal de recursos aos hospitais contratualizados é condicionado ao cumprimento de metas qualitativas (40%) e quantitativas (60%), podendo esses percentuais serem ajustados por pactuação, desde que respeitado o mínimo de 40% para uma das metas. O descumprimento implica suspensão ou redução de repasses; desempenho inferior a 50% por períodos reiterados enseja revisão contratual com possível redução de metas e valores, enquanto desempenho superior a 100% por 12 meses consecutivos pode motivar reavaliação e eventual reajuste contratual, conforme aprovação do gestor e disponibilidade orçamentária (arts. 28 a 30 do anexo 2 do anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017).

60% a 80% do valor global do contrato.

Parcela Variável (desempenho)

Condicional ao cumprimento de metas previamente pactuadas.

Exemplo:

20% a 40% do valor global do contrato.

Essa parcela deve priorizar:

- desfechos clínicos;
- segurança do paciente;
- acesso oportuno;
- experiência do cidadão.

DIRETRIZES PARA HIERARQUIZAÇÃO DAS METAS

As metas devem ser organizadas por prioridade.

Ordem recomendada de prioridade:³¹

31 A ordem de prioridade que posiciona segurança do paciente, desfecho clínico, acesso, experiência do usuário e produção não decorre de enumeração legal expressa, mas de interpretação

1. Segurança do paciente
2. Desfecho clínico
3. Acesso
4. Experiência do usuário
5. Produção

Isso evita que o hospital aumente volume sem qualidade.

sistemática do art. 196 da Constituição Federal, que assegura o direito à saúde com acesso universal e igualitário, da Lei nº 8.080/1990 (art. 2º), que estabelece a promoção, proteção e recuperação da saúde como finalidade do SUS, e das diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP (Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS2/2017), e que enfatizam qualidade, segurança do paciente, efetividade, monitoramento e racionalização de recursos. À luz do conceito de valor em saúde — melhor resultado assistencial com menor custo per capita e adequada experiência do usuário —, a produção assistencial assume caráter instrumental, devendo estar subordinada à segurança e aos resultados clínicos, em consonância com o princípio da eficiência administrativa (CF/88, art. 37, caput).

Figura 21 – Ordem recomendada de prioridade



Fonte: elaboração própria.

EXEMPLO DE MATRIZ DE METAS COM PESOS DIFERENCIADOS

Tabela 2 – Matriz de metas com pesos (modelo ilustrativo)

Dimensão	Indicador	Peso (%)
Segurança do paciente	Taxa de infecção por cateter	25%
Desfecho clínico	Mortalidade ajustada por risco	25%

Dimensão	Indicador	Peso (%)
Desfecho clínico	Reinternação em 30 dias	15%
Acesso	Tempo médio para cirurgia eletiva	15%
Experiência do usuário	Índice de satisfação	10%
Produção	Cumprimento do volume pactuado	10%
Total		100%

Fonte: elaboração própria

Nesse modelo:

- 65% do peso está relacionado a qualidade e resultado;
- apenas 10% está ligado exclusivamente ao volume.

DO CONTRATO À PRÁTICA: REGRAS CLARAS, REPASSES JUSTOS (A META PRECISA SER UM ALVO E NÃO UM ENIGMA)

O contrato deve definir³²:

- indicador;

32 Segundo as diretrizes para contratualização de hospitais no SUS, o instrumento que formaliza a contratualização deve conter o “Documento Descritivo, contendo as metas qualitativas e indicadores de monitoramento” (art. 23, VI, do anexo 2 do anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017).

- meta;
- peso;
- método de cálculo;
- periodicidade de avaliação;
- fórmula de repasse financeiro.

Exemplo simplificado

Se a parcela variável corresponder a 20% do contrato:

- Hospital atinge 100% das metas → recebe 100% da parcela variável.
- Hospital atinge 80% das metas → recebe 80% da parcela variável.
- Hospital atinge menos de 60% → deve apresentar plano de melhoria.

O modelo deve ser:

- ▶ transparente
- ▶ previsível
- ▶ proporcional
- ▶ tecnicamente fundamentado

A meta precisa ser mensurável.

Evitar cláusulas vagas como:

“O hospital deve melhorar a qualidade.”

Preferir:

“O hospital deverá manter taxa de reinternação inferior a 10% na linha de cuidado cardiovascular.”

Cada meta deve ter:

- valor de referência;
- meta pactuada;
- margem de tolerância;
- consequência definida.

BENEFÍCIOS E CUIDADO: O COMPROMISSO COM A VIDA (O MODELO NÃO DEVE PUNIR A COMPLEXIDADE, MAS PREMIAR A EXCELÊNCIA)

Figura 22 – O modelo não deve gerar distorções



Fonte: elaboração própria.

O modelo não deve:

- incentivar alta precoce;
- estimular seleção de pacientes menos graves;
- penalizar hospitais que atendem casos mais complexos;
- gerar instabilidade financeira excessiva.

Por isso:

- indicadores devem ser ajustados por risco;
- avaliação deve considerar perfil epidemiológico;
- metas devem ser progressivas;
- consequências devem ser proporcionais.

Exemplo simplificado de cláusula contratual:

Cláusula – Pagamento condicionado ao desempenho

“O hospital fará jus à parcela variável correspondente a X% do valor global do contrato, condicionada ao cumprimento das metas qualitativas pactuadas em anexo técnico.

As metas serão avaliadas trimestralmente e considerarão indicadores de segurança do paciente, desfecho clínico, acesso e experiência do usuário.

O desempenho inferior à meta pactuada implicará redução proporcional da parcela variável, assegurado o direito ao contraditório e à apresentação de plano de melhoria.”

Benefícios do modelo centrado em metas qualitativas

- Melhora qualidade assistencial
- Reduz mortalidade evitável
- Reduz reinternações

- Aumenta segurança
- Organiza fluxos
- Estimula eficiência
- Reforça compromisso com o cidadão

Pagamento por produção mantém o hospital funcionando. Pagamento por resultados melhora a saúde da população.

Um modelo equilibrado combina: sustentabilidade financeira; responsabilidade assistencial; e foco em valor para o cidadão.

Consulte os apêndices abaixo para ter acesso a exemplos, instruções e modelos que podem contribuir para a instituição de modelo de pagamento condicionado a metas quali-quantitativas:

Apêndice VII – Exemplos de matrizes de metas quali-quantitativas para contratualização hospitalar centrada no cidadão

Apêndice VIII – Exemplos de cláusulas de pagamento variável por desempenho para contratualização hospitalar centrada no cidadão

Apêndice IX – Roteiro de validação de metas centradas no cidadão para contratualização hospitalar no SUS



Capítulo 3

HUMANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO: HUMANIZAÇÃO COMO DEVER CONTRATUAL, INTEGRAÇÃO DO HOSPITAL À REDE DE SAÚDE E A ALTA RESPONSÁVEL



Capítulo 3 – **HUMANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO: HUMANIZAÇÃO COMO DEVER CONTRATUAL, INTEGRAÇÃO DO HOSPITAL À REDE DE SAÚDE E A ALTA RESPONSÁVEL**

HUMANIZAÇÃO COMO OBRIGAÇÃO CONTRATUAL EXIGÍVEL

POR QUE A HUMANIZAÇÃO DEVE ESTAR NO CONTRATO?

O hospital não deve cuidar apenas da doença.

Ele deve cuidar da pessoa.

Figura 23 – Humanização: o cuidado centrado na pessoa



Fonte: elaboração própria.

Humanização significa:

- tratar o paciente com respeito;
- ouvir suas preferências;
- garantir comunicação clara;
- permitir acompanhante quando previsto;
- assegurar ambiente acolhedor;
- proteger a dignidade.

A humanização não é um favor.

É um dever do serviço de saúde³³.

Por isso, ela deve estar expressamente prevista no contrato.

Quando a humanização não é contratualizada:

- ela vira recomendação;
- não é monitorada;
- não gera consequência;
- perde prioridade na gestão.

O QUE SIGNIFICA TORNAR A HUMANIZAÇÃO EXIGÍVEL?

Significa que o contrato deve³⁴:

- definir claramente o que o hospital é obrigado a fazer;
- estabelecer indicadores mensuráveis;
- prever monitoramento periódico;
- vincular metas e consequências.

33 Recentemente foi promulgada a Lei 15.126/2025, que introduziu na Lei 8080/1990, como princípio que norteia as ações e serviços de saúde – públicos, privados contratados ou conveniados – que integram o SUS, a “atenção humanizada” (art. 7º, XVI), deixando claro que a humanização na prestação de serviços de saúde não é uma faculdade, mas um dever legal.

34 De acordo com o art. 7º, VIII, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017, é responsabilidade do hospital “implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).”

A humanização precisa sair do discurso e virar compromisso formal.

ELEMENTOS MÍNIMOS DE HUMANIZAÇÃO A INCLUIR NO CONTRATO

Figura 24 – Cláusulas contratuais voltadas à experiência do paciente



Fonte: elaboração própria

O contrato deve prever obrigações relacionadas a:

Acolhimento³⁵

O hospital deve:

- garantir atendimento respeitoso;
- organizar fluxo de recepção adequado;
- oferecer orientação inicial clara;
- evitar exposição desnecessária do paciente.

Comunicação clara³⁶

O hospital deve:

- explicar diagnóstico e tratamento em linguagem simples;
- informar riscos e alternativas;
- esclarecer tempo estimado de espera;
- fornecer orientações por escrito na alta.

35 O acolhimento é a “Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS, 2006).

36 “O contrato deve incluir compromissos com a qualidade da comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, assegurando: escuta qualificada das queixas, dúvidas e manifestações dos usuários; atualização diária sobre o quadro clínico, expectativas de recuperação e conduta terapêutica; registro sistemático de interações com os acompanhantes e familiares. Esses requisitos devem estar em consonância com as diretrizes da PNH, de forma a promover a experiência mais digna e respeitosa possível no ambiente hospitalar.” (BRASIL. Tribunal de Contas da União. Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão consulta pública], 2025.

Respeito às preferências do paciente³⁷

O hospital deve:

- considerar valores culturais e religiosos;
- respeitar autonomia do paciente;
- registrar consentimento informado;³⁸
- permitir acompanhante conforme legislação.

Presença de acompanhante³⁹

O hospital deve:

- assegurar direito a acompanhante, conforme norma aplicável;

37 Segundo o art. 5º, V, VII, IX, da Portaria MS 1.820/2009, é direito do usuário do SUS, o consentimento livre, voluntário e esclarecido a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos de risco à saúde pública; a indicação de pessoa para tomar decisão em seu nome, no caso de se tornar incapaz; a liberdade de procurar segunda opinião de outro profissional ou servidos sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados."

38 A Recomendação nº 1/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM), trata do consentimento livre e esclarecido. Esse assunto também é tratado no Anexo 2, do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação 2/2017, que traz, em seu art. 7º, XV, como responsabilidade do hospital "disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas."

39 Segundo o art. 7º, XIII, XII, do Anexo 2, do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação MS 2/2017, é dever do hospital promover visita ampliada para os usuários internados; e garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas

- informar regras de forma clara;
- garantir condições mínimas de permanência.

Alta humanizada e segura⁴⁰

O hospital deve:

- entregar resumo de alta;
- orientar paciente e família;
- garantir plano de continuidade do cuidado;
- facilitar contato pós-alta quando necessário.

INDICADORES DE EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO⁴¹

A humanização deve ser medida.

Indicadores recomendados:

40 Segundo o art. 12 do Decreto 7.508/2011, “Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.”

41 “A experiência do usuário deve ser considerada dimensão essencial da qualidade assistencial, sendo objeto de atenção no âmbito da contratualização de hospitais com o SUS, nos termos do art. 10, inciso III, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017” (BRASIL. Tribunal de Contas da União. Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão consulta pública], 2024.

Indicadores de satisfação

- Percentual de usuários que avaliam o atendimento como “bom” ou “ótimo”.
- Índice de recomendação do hospital.

Indicadores de comunicação

- Percentual de pacientes que relatam ter entendido o plano de tratamento.
- Percentual de altas com orientação formal registrada.

Indicadores de tempo de espera

- Percentual de pacientes informados sobre tempo estimado de espera.
- Percepção de tempo de espera adequado.

Indicadores de escuta e respeito

- Percentual de usuários que relatam ter sido ouvidos.
- Número de reclamações relacionadas a tratamento desrespeitoso.

EXEMPLO DE CLÁUSULA CONTRATUAL DE HUMANIZAÇÃO

Cláusula – Humanização do cuidado

“O hospital compromete-se a garantir atendimento humanizado, respeitoso e centrado no paciente, assegurando acolhimento adequado, comunicação clara, respeito às preferências do paciente e direito a acompanhante conforme legislação aplicável.”

“O hospital deverá monitorar indicadores de experiência do usuário, conforme anexo técnico, e apresentar relatórios trimestrais ao gestor.”

VINCULAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO A METAS E CONSEQUÊNCIAS

A humanização deve compor a matriz de metas qualiquantitativas.

Exemplo:

Dimensão	Indicador	Peso (%)
Experiência do usuário	Índice de satisfação ≥ 85%	10%
Comunicação	Alta com orientação registrada ≥ 95%	5%

Se as metas não forem atingidas:

- hospital deve apresentar plano de melhoria;
- equipe pode receber capacitação obrigatória;
- parcela variável pode ser reduzida proporcionalmente.

CONVERSÃO DA HUMANIZAÇÃO EM OBRIGAÇÕES MENSURÁVEIS

Evitar cláusulas vagas como:

“O hospital deverá prestar atendimento humanizado.”

Preferir:

“O hospital deverá aplicar pesquisa padronizada de satisfação ao final da internação, com taxa mínima de resposta de X%.”

“O hospital deverá garantir que 95% das altas possuam registro formal de orientação ao paciente.”

CUIDADOS NA IMPLEMENTAÇÃO

Figura 25 – Humanização com foco em valor



Fonte: elaboração própria.

A humanização não deve:

- gerar burocracia excessiva;
- ser apenas formulário sem mudança real;
- ser utilizada como instrumento punitivo isolado.

Ela deve:

- estar integrada à segurança e ao desfecho clínico;

- envolver capacitação da equipe;
- contar com apoio da gestão.

O VALOR DA HUMANIZAÇÃO NA CONTRATUALIZAÇÃO: POR QUE INVESTIR?

- ▶ Experiência: melhora experiência do usuário
- ▶ Segurança institucional: reduz conflitos e judicialização
- ▶ Eficácia clínica: aumenta adesão ao tratamento
- ▶ Eficiência de rede: fortalece vínculo com a rede
- ▶ Confiança e imagem: Melhora reputação do hospital
- ▶ Qualidade: eleva qualidade assistencial

Humanização não é gentileza opcional.

É obrigação institucional.

Quando a humanização entra no contrato, ela deixa de ser discurso e passa a ser compromisso medido, monitorado e exigível.

Um hospital centrado no cidadão não entrega apenas procedimentos.

Ele entrega cuidado com respeito, segurança e dignidade.

Consulte os apêndices abaixo para ter acesso a exemplos, instruções e modelos que podem contribuir para tornar a humanização como obrigação contratual exigível:

Apêndice X – Exemplos de cláusulas de humanização e experiência do usuário para contratualização hospitalar centrada no cidadão

Apêndice XI – Exemplos de indicadores de experiência do paciente para contratualização hospitalar centrada no cidadão

Apêndice XII – Checklist de exigibilidade da humanização no contrato para contratualização hospitalar centrada no cidadão

INTEGRAÇÃO DO HOSPITAL À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E ALTA RESPONSÁVEL

POR QUE O HOSPITAL PRECISA ESTAR INTEGRADO À REDE?

O hospital não pode funcionar isolado.

Ele é um ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).⁴²

Se não houver integração:

- o paciente entra no hospital, mas não retorna adequadamente à atenção básica;
- há reinternações evitáveis;
- há duplicidade de exames;
- há perda de informação clínica;
- aumenta o risco assistencial.

42 A Política Nacional de Atenção Hospitalar estabelece que os “Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS locorregional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.” E mais, “os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).” (Art. 4º do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017).

Contratualizar o hospital é também organizar seu papel na rede.

Figura 26 – O hospital e a RAS



Fonte: elaboração própria.

O contrato deve deixar claro:

Como o hospital se conecta com os demais serviços do SUS.

O QUE SIGNIFICA INTEGRAR O HOSPITAL À REDE?

Significa garantir acesso justo, cuidado fluido e segurança no retorno. Tudo isso pode ser traduzido nas seguintes ações:

- regulação adequada do acesso;
- fluxo formal de referência;
- fluxo formal de contrarreferência;
- alta hospitalar responsável;
- comunicação com a atenção primária;
- continuidade do cuidado após a internação.

A integração protege o cidadão e melhora o resultado clínico.

O CAMINHO DO CIDADÃO: REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA⁴³

Figura 27 – Regulação do acesso



Fonte: elaboração própria

O contrato deve prever que:⁴⁴

43 Segundo a Política Nacional de Regulação do SUS (PNR-SUS), “Regulação é uma função essencial de gestão do SUS, compreendendo aspectos gerenciais, administrativos, tecnológicos e clínicos, com vistas à garantia do acesso oportuno, qualificado e resolutivo às ações e serviços de saúde”, e tem como objetivos: “promover o acesso equânime e resolutivo, em tempo oportuno, às ações e serviços de saúde; organizar os fluxos assistenciais e processos de trabalho integrados, com base em linhas de cuidado; promover a eficiência no uso dos recursos do SUS; coibir a iniquidade de acesso entre pessoas e segmentos sociais e reduzir as iniquidades regionais no acesso à atenção especializada; e promover a transparência no processo regulatório.” A PNR-SUS aplica-se “[...] aos prestadores de serviços de saúde próprios e complementares do SUS, contratados e conveniados, que deverão observar as obrigações, responsabilidades e processos de trabalho [...]” (Portaria GM/MS 9.262, de 30 de dezembro de 2025, art. 1º, §2º, art. 2º e art. 3º, parágrafo único).

44 No âmbito da contratualização, compete aos entes federativos contratantes: “realizar a regulação das ações e serviços de saúde contratualizados, por meio de: (a) estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR; (b) implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção,

- o acesso ao hospital ocorra por meio de regulação formal;
- a fila seja organizada de forma transparente;
- critérios clínicos sejam respeitados;
- não haja privilégios indevidos.

A regulação reduz:

- superlotação;
- uso inadequado de leitos;
- judicialização desnecessária.

O CAMINHO DO CIDADÃO: FLUXO DE REFERÊNCIA

O fluxo de referência define:

- quem pode encaminhar o paciente;
- em quais situações;
- por qual sistema;
- com quais documentos clínicos.

O contrato deve prever:⁴⁵

bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar; e (c) regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação.” (art. 5º, VI, do Anexo 2 do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017).

45 A contratualização tem como uma de suas diretrizes a regulação dos serviços assistenciais. É responsabilidade do hospital contratualizado disponibilizar as ações e serviços de saúde para a regulação do gestor, cabendo ao ente federado contratante realizar a regulação dessas ações e serviços

- padronização do encaminhamento;
- uso de sistema de regulação;
- definição da área de abrangência.

Sem referência organizada, o hospital recebe demanda desordenada.

O CAMINHO DO CIDADÃO: FLUXO DE CONTRARREFERÊNCIA

Contrarreferência é o retorno do paciente ao serviço de origem após atendimento hospitalar.

O contrato deve exigir:

- emissão formal de relatório de alta;
- envio de informações clínicas à unidade de origem;
- registro do encaminhamento no sistema;
- comunicação com a equipe da atenção básica.

Sem contrarreferência:

- cuidado é interrompido;
- aumenta o risco de reinternação;
- o paciente fica sem acompanhamento adequado.

por meio de estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal de acordo com as pactuações na CIB e ou na CIR. (art. 34, IV do Anexo XXIV c/c art. 5º, VI, a, art. 8º IV do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017).

ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL: O CUIDADO NÃO TERMINA NA PORTA

Figura 28 – Alta responsável



Fonte: elaboração própria.

Alta responsável⁴⁶ significa que o paciente sai do hospital com:

46 “A alta segura deve ser formalmente prevista como parte do processo assistencial contratualizado. O contrato deve exigir que: o planejamento da alta seja iniciado no momento da admissão do paciente; a data provável de alta seja informada com antecedência ao paciente e à família; sejam aplicados protocolos de estratificação de risco clínico e social (considerando idade, comorbidades, alfabetização, apoio familiar etc.); haja comunicação formal com a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência do paciente, para continuidade do cuidado após a internação (conforme art. 4º, §1º da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, Anexo XXIV); haja responsabilidade do gestor contratante de assegurar a articulação da rede de atenção básica com a unidade hospitalar contratualizada, mediante o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, protocolos de regulação de acesso e definição de pontos de atenção para

- diagnóstico registrado;
- plano terapêutico definido;
- orientação clara, impressas e orais para o paciente e familiares sobre os cuidados pós alta;
- medicação prescrita;
- encaminhamento formal para a atenção primária;
- agendamento na rede, quando necessário.

O contrato deve transformar a alta responsável em obrigação formal.

ARTICULAÇÃO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária é a base do cuidado.⁴⁷

a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, em conformidade com o art. 5º, VI, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017.” (Referencial de auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão para consulta pública, TCU, 2025]).

47 Um dos atributos da Rede de Atenção à Saúde é a “Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipa multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenado o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde.” (Portaria MS nº 4279/2010, que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde).

Figura 29 – Articulação com a atenção primária



Fonte: elaboração própria

O contrato deve prever:

- comunicação ativa com equipes de saúde da família;
- compartilhamento de informações relevantes;
- definição de protocolos conjuntos;
- participação em reuniões de integração.

A integração com a atenção primária reduz:

- reinternações evitáveis;
- agravamento de doenças crônicas;
- uso excessivo de emergência.

TRADUZINDO EM GESTÃO: REQUISITOS CONTRATUAIS MÍNIMOS DE INTEGRAÇÃO

O contrato deve conter cláusulas que prevejam:

1. Regulação formal do acesso.⁴⁸
2. Definição de área de abrangência.⁴⁹
3. Fluxos documentados de referência e contrarreferência.⁵⁰
4. Alta hospitalar responsável.⁵¹

48 É responsabilidade do ente contratante “a regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação”. (art. 5º, VI, c, Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017).

49 É de responsabilidade do ente contratante “definir a área territorial de abrangência e a população de referência, conforme pactuações na CIB e na CIR bem como nos Plano de Ação Regional das Redes Temática”. (art. 5º, II, Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017).

50 É de responsabilidade do ente contratante “estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR”. (art. 5º, II, Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017).

51 “A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de: I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando

5. Comunicação com a rede.⁵²

6. Monitoramento de reinternações.⁵³

7. Indicadores de continuidade do cuidado.

TRADUZINDO EM GESTÃO: INDICADORES DE INTEGRAÇÃO

Recomenda-se monitorar:

- Percentual de altas com contrarreferência formal;
- Taxa de reinternação em 30 dias;
- Percentual de pacientes com agendamento pós-alta;
- Tempo médio entre alta e consulta na atenção básica;
- Número de encaminhamentos fora da regulação.

a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; II - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e III - implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.” (art. 17 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017).

52 Os hospitais que prestam serviços no âmbito do SUS são pontos de atenção no âmbito da RAS, devendo atuar de forma articulada com a Atenção Básica de Saúde. (art. 4º, do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017).

53 O art. 13 do Anexo 2 do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação 2/2017, estabelece que poderão ser criados outros indicadores além dos previsto no art. 12 da mesma norma. O indicador de reinternação serve para apontar fragilidades na continuidade do cuidado e / ou falta de efetividade do tratamento.

Esses indicadores devem integrar a matriz de metas.

TRADUZINDO EM GESTÃO: ANÁLISE DE FLUXOS EXISTENTES

Antes de contratar ou renovar contrato, o gestor deve analisar:

- Como ocorre o encaminhamento ao hospital?
- Há filas paralelas?
- Há falhas na comunicação?
- Há demora excessiva para retorno à rede?
- Há reinternações frequentes pela mesma causa?

As falhas identificadas devem gerar obrigações contratuais específicas.

EXEMPLO DE CLÁUSULA CONTRATUAL

Cláusula – Integração à Rede de Atenção à Saúde

“O hospital compromete-se a atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, garantindo regulação formal do acesso, fluxos padronizados de referência e contrarreferência e alta hospitalar responsável.”⁵⁴

54 Aqui valem duas considerações: primeiro, a organização da regulação e dos fluxos de referência e contrarreferência depende da atuação do gestor de saúde para estruturar esses mecanismos, incluindo as pactuais da CIB e CIR; segundo, é importante considerar a existências de hospitais de porta aberta, que atendem demandas espontâneas como urgências e emergências.

“O hospital deverá emitir relatório de alta com orientações claras e registrar encaminhamento para continuidade do cuidado.”

“O percentual de altas com contrarreferência formal será monitorado como indicador contratual.”

O DESFECHO: BENEFÍCIOS DE UMA REDE VIVA

- ▶ Redução de reinternações
- ▶ Redução de superlotação
- ▶ Melhora da continuidade do cuidado
- ▶ Melhor uso dos recursos
- ▶ Maior segurança do paciente
- ▶ Redução de conflitos e judicialização

Hospital isolado fragmenta o cuidado.

Hospital integrado fortalece a rede.

A contratualização centrada no cidadão deve garantir que o cuidado não termine na alta hospitalar.

Ela deve assegurar que o paciente continue sendo acompanhado com segurança, organização e responsabilidade.

Consulte os apêndices abaixo para ter acesso a exemplos, instruções e modelos que podem contribuir para o fortalecimento da integração do hospital à Rede de Atenção à Saúde e para alta responsável:

Apêndice XIII – Modelos de cláusulas de integração em rede e de alta responsável para contratualização hospitalar centrada no cidadão

Apêndice XIV – Fluxograma de referência, contrarreferência e alta responsável para contratualização hospitalar centrada no cidadão

Apêndice XV – Checklist de continuidade do cuidado para contratualização hospitalar centrada no cidadão



Capítulo 4

MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E TRANSPARÊNCIA: O FOCO NOS RESULTADOS PARA O CIDADÃO E O DIÁLOGO TRANSPARENTE ENTRE GESTOR, HOSPITAL E CIDADÃO



Capítulo 4 – **MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E TRANSPARÊNCIA: O FOCO NOS RESULTADOS PARA O CIDADÃO E O DIÁLOGO TRANSPARENTE ENTRE GESTOR, HOSPITAL E CIDADÃO**

**MONITORAMENTO E
AVALIAÇÃO CONTÍNUOS DA
CONTRATUALIZAÇÃO COM
FOCO NO CIDADÃO**



Neste tópico vamos tratar de alguns aspectos essenciais para que o monitoramento seja focado nos resultados para o cidadão. Ele não esgota, contudo, todos os aspectos que devem ser monitorados.

POR QUE MONITORAR CONTINUAMENTE?⁵⁵

Assinar o contrato não é o fim do processo.

É o começo.

55 A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) elenca como uma de suas diretrizes o monitoramento e a avaliação, destacando a responsabilidade da União, Estados, Distrito Federal e Municípios no monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento de contratualização (arts. 20, §1º, 37, §1º, II, §2º, VIII e 3º, VI, da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017).

Figura 30 – Monitoramento contínuo



Fonte: elaboração própria

A **contratualização hospitalar** só gera resultados quando é:

- acompanhada de perto;
- avaliada com dados confiáveis;
- ajustada sempre que necessário.

Monitoramento contínuo, com foco no cidadão, significa:

acompanhar regularmente se o hospital está entregando acesso, segurança, qualidade e experiência adequada ao cidadão.

Sem monitoramento:

- metas viram formalidade;
- problemas demoram a ser identificados;
- recursos podem ser mal utilizados;
- riscos assistenciais aumentam.

O QUE DEVE SER MONITORADO?

Figura 31 – O que deve ser monitorado



Fonte: elaboração própria

O monitoramento deve ir além da produção.⁵⁶

Recomenda-se organizar os indicadores em quatro dimensões:⁵⁷

Acesso

- Volume contratado x volume realizado;
- Tempo de espera;
- Taxa de ocupação de leitos.

Segurança do paciente

- Taxa de infecções hospitalares;
- Eventos adversos;
- Mortalidade ajustada por risco.

56 O PHOSP deixa claro a necessidade de desenvolvimento de indicadores de desempenho e qualidade para monitorar os resultados da contratualização (Anexo XXIV, art. 37, §2º, VIII, §3º, VI, Anexo 2 do Anexo XXIV, art. 5º, VIII, c, art. 10, art. 11, da Portaria de Consolidação 2/2017).

57 A Portaria de Consolidação 2/2017, Anexo 2 do Anexo XXIV, art. 11, determina que os hospitais contratualizados devem monitorar os seguintes indicadores: taxa de ocupação de leitos; tempo médio de permanência para leitos de clínica médica; tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos; e taxa de mortalidade institucional. Caso o hospital disponha de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ainda deve usar os seguintes indicadores: taxa de ocupação de leitos de UTI; e densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC). Podem ainda ser criados outros indicadores (art. 13). No mesmo Anexo 2, art. 10, deixa-se expresso que os hospitais devem acompanhar e avaliar: segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços; cumprimento de metas, resolutividade das ações e serviços; satisfação dos usuários e dos acompanhantes; a qualidade da assistência e o controle de riscos; a execução orçamentária.

Desfechos clínicos

- Reinternações evitáveis;
- Complicações;
- Alta hospitalar segura.

Experiência do usuário

- Índice de satisfação;
- Clareza da comunicação;
- Percepção do tempo de espera.

O foco deve ser:

impacto real na vida do cidadão.

atenção!

As sugestões aqui não têm o condão de limitar os indicadores a serem utilizados pela gestão, mas de chamar atenção para indicadores que são essenciais para medir o impacto da prestação do serviço hospitalar na vida do cidadão.

CONSTRUÇÃO DE INDICADORES OBRIGATÓRIOS

Todo contrato deve prever indicadores obrigatórios, com:⁵⁸

- definição clara;
- fórmula de cálculo;
- fonte de dados;
- periodicidade de avaliação;
- meta pactuada;
- consequência prevista.

Figura 32 – Características de bons indicadores



Fonte: elaboração própria

58 O “Guia referencial para construção e análise de indicadores” traz características dos bons indicadores e orientações para construção e análise (BAHIA, Leandro Oliveira. Guia referencial para construção e análise de indicadores. Brasília: Enap, 2021).

Os indicadores devem ser:

- ▶ objetivos
- ▶ mensuráveis
- ▶ auditáveis
- ▶ comparáveis ao longo do tempo

Evitar indicadores genéricos ou não verificáveis.

CICLOS PERIÓDICOS DE MONITORAMENTO: O RITMO DA GESTÃO

Recomenda-se instituir ciclos formais de avaliação, por exemplo:

Ciclo Mensal (operacional)

- Produção;
- Taxa de ocupação;
- Tempo de espera.

Ciclo Trimestral (tático)

- Segurança do paciente;
- Desfechos clínicos;
- Parcela variável de pagamento.

Ciclo Anual (estratégico)

- Revisão global do contrato;
- Readequação de metas;
- Ajuste de recursos;
- Avaliação do impacto assistencial.

O contrato deve prever esses ciclos.

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO

Figura 33 – Comissão de Acompanhamento da Contratualização



Fonte: elaboração própria

O contrato deve prever a existência de uma Comissão de Acompanhamento, composta por, no mínimo um representante do ente contratante e um representante do hospital contratualizado.⁵⁹

A comissão deve ser técnica e atuar com base em dados.

Não deve se limitar à análise financeira.

REUNIÕES DE AVALIAÇÃO ORIENTADAS A RESULTADOS: DE RELATÓRIOS A PLANOS DE AÇÃO

As reuniões devem responder perguntas claras:

- O hospital ampliou o acesso?
- A segurança melhorou?
- Os desfechos clínicos evoluíram?

59 A instituição da Comissão de Acompanhamento da Contratualização está prevista no art. 32 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação 2/2017, nos seguintes termos: “Será instituída pelo ente federativo contratante a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que será composta, no mínimo, por 1 (um) representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado. A Comissão de que trata o “caput” monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo: avaliar o cumprimento das metas quali-quantitativas e físico-financeiras; avaliar a capacidade instalada; e readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias. A composição da Comissão de que trata o “caput” será objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo contratante ou publicação equivalente.”

- A experiência do paciente melhorou?
- Há aumento de reinternações?
- Há sinais de superlotação?
- Há subutilização de estrutura?

Cada reunião deve gerar:

- diagnóstico objetivo;
- plano de ação;
- responsáveis;
- prazos definidos.

PREVISÃO CONTRATUAL DE REVISÃO

O contrato deve prever cláusula de revisão periódica⁶⁰.

Exemplo de situações que exigem revisão:

- mudança no perfil epidemiológico;
- aumento da demanda;
- epidemias;
- reestruturação da rede;
- mudança na pactuação regional;
- alteração significativa de financiamento.

A revisão pode envolver:

- redefinição de metas;
- redimensionamento de leitos;
- ajuste de pesos na matriz;
- readequação de valores.

60 As revisões e alterações no instrumento de contratualização devem observar a legislação específica que rege o instrumento.

REORGANIZAÇÃO DO MONITORAMENTO: COMBATENDO A FADIGA DE DADOS

O monitoramento deve ser reorganizado sempre que houver lacunas.

Figura 34 – Lacunas no monitoramento



Fonte: elaboração própria

Exemplos de lacunas comuns:

- excesso de indicadores de produção;
- ausência de indicadores de desfecho;

- ausência de dados confiáveis;
- reuniões sem análise técnica;
- ausência de registro formal das decisões.

Recomenda-se revisar anualmente:

- pertinência dos indicadores;
- qualidade dos dados;
- efetividade das reuniões;
- impacto real na assistência.

MODELO SIMPLIFICADO DE CLÁUSULA CONTRATUAL

Cláusula – Monitoramento e avaliação contínuos

“O hospital será monitorado por meio de indicadores obrigatórios definidos em anexo técnico, organizados nas dimensões de acesso, segurança, desfecho clínico e experiência do usuário.”

“A avaliação ocorrerá em ciclos mensais, trimestrais e anuais.”

“A Comissão de Acompanhamento da Contratualização analisará os resultados e poderá propor ajustes nas metas, recursos e estratégias contratuais.”

BENEFÍCIOS DO MONITORAMENTO CONTÍNUO: O CICLO VIRTUOSO

O monitoramento contínuo da execução do contrato permite acompanhar resultados, identificar desvios e promover ajustes tempestivos na gestão hospitalar.

Entre os principais benefícios desse processo, destacam-se:

- ▶ Identificação precoce de problemas
- ▶ Redução de riscos assistenciais
- ▶ Ajuste rápido de metas
- ▶ Melhor uso dos recursos públicos
- ▶ Maior transparência
- ▶ Aprendizado institucional
- ▶ Foco permanente no cidadão

Ganhos reais do monitoramento contínuo:

- ▶ Previsibilidade da gestão: permite antecipar problemas e planejar ações antes que as falhas se agravem.
- ▶ Segurança jurídica: previsões passam a ser baseadas em dados, registros formais e evidências.
- ▶ Eficiência no uso dos recursos públicos: reduz desperdícios e direciona recursos para onde geram maior resultado.

- ▶ Maior segurança para o paciente: riscos assistenciais são identificados e corrigidos mais rapidamente.
- ▶ Estabilidade da relação contratual: reduz conflitos entre gestor e hospital e facilita ajustes técnicos no contrato.
- ▶ Confiança pública nas instituições: a transparência e a prestação de contas fortalecem a credibilidade da gestão.
- ▶ Melhoria contínua do sistema de saúde: os erros deixam de ser apenas problemas e passam a gerar aprendizado institucional.

O monitoramento contínuo gera resultados estruturantes: previsibilidade, segurança jurídica e confiança pública.

Contrato sem monitoramento é promessa.

Monitoramento contínuo transforma contrato em instrumento vivo de melhoria.

A contratualização centrada no cidadão exige:

- acompanhamento regular;
- decisões baseadas em dados;
- capacidade de ajuste;
- compromisso permanente com resultados reais.

Consulte os apêndices abaixo para ter acesso a exemplos, instruções e modelos que podem contribuir para o fortalecimento do monitoramento e avaliação contínuos da contratualização com foco no cidadão:

Apêndice XVI – Roteiro de ciclo de monitoramento e avaliação contratual para contratualização hospitalar centrada no cidadão

Apêndice XVII – Modelo de ata de reunião de avaliação focada no cidadão - Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) hospitalar

Apêndice XVIII – Matriz de readequação de metas e recursos para contratualização hospitalar centrada no cidadão

TRANSPARÊNCIA E DIÁLOGO: ROMPENDO A BARREIRA DA INFORMAÇÃO ENTRE O GESTOR, O HOSPITAL E O CIDADÃO

O QUE É ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO?

Assimetria de informação ocorre quando:

- o hospital sabe mais do que o gestor;
- o gestor sabe mais do que o cidadão;
- o cidadão não entende como acessar o serviço;
- os dados existem, mas não são claros.

Quando a informação não é transparente:

- aumentam conflitos;
- surgem filas paralelas;
- cresce a judicialização;
- diminui a confiança no SUS.

Figura 35 – Redução da assimetria de informação



Fonte: elaboração própria

Reduzir a assimetria significa:

garantir que todos tenham acesso às mesmas informações essenciais, de forma clara e compreensível.

POR QUE A TRANSPARÊNCIA DEVE ESTAR NO CONTRATO?

Transparência não é apenas obrigação legal.⁶¹

Ela é instrumento de:

- proteção do cidadão;
- controle social;
- melhoria da gestão;
- prevenção de irregularidades.

O contrato hospitalar deve prever cláusulas de transparência ativa.

Transparência ativa significa divulgar informações sem que o cidadão precise solicitar.

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS QUE DEVEM SER DIVULGADAS

61 No ordenamento jurídico brasileiro, a transparência da gestão hospitalar encontra amparo em diversos dispositivos legais, dentre os quais se destacam: Lei Federal nº 8.080/1990 – que institui o SUS e determina a divulgação das informações sobre serviços e ações de saúde; Lei Federal nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação – LAI) – que regulamenta o acesso à informação pública como direito fundamental e condição para o exercício da cidadania; Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) – que estabelece princípios e regras para o tratamento adequado de dados pessoais, inclusive na área da saúde; Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, Anexo XXIV – que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e estabelece diretrizes para contratualização de hospitais no SUS.

Figura 36 – Transparência na saúde



Fonte: elaboração própria

O hospital e o gestor devem disponibilizar, de forma clara:

Critérios de acesso⁶²

- Como funciona a regulação;
- Quem pode encaminhar;
- Como entrar na fila;
- Prioridades clínicas.

62 O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada assegurando a equidade e a transparência (art. 11 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação 2/2017).

Filas e tempo de espera⁶³

- Tempo médio para cirurgia;
- Tempo médio para consulta especializada;
- Número de pacientes aguardando.

Metas pactuadas⁶⁴

- Metas de produção;
- Metas de segurança;
- Metas de desfecho clínico;
- Metas de experiência do usuário.

Desempenho assistencial

- Taxa de reinternação;
- Taxa de infecção hospitalar;
- Índice de satisfação;
- Cumprimento de metas.

63 Em 2023 foi publicada a Lei 14.758, que instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, deixando expresso em seu art. 4º, parágrafo único, a necessidade sistema que permita consulta de posição em fila de espera para realização de consultas e procedimentos diagnósticos ou tratamento, inclusive transplante.

64 Compete ao ente federado contratante monitorar e avaliar a produção, a execução orçamentária e as metas por meio de indicadores qualiquantitativos (Art. 5º, VIII, b, c, d, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017).

Prestação de contas⁶⁵

- Valor contratual;
- Parcela fixa e variável;
- Pagamentos realizados;
- Resultados alcançados.

LINGUAGEM SIMPLES COMO OBRIGAÇÃO⁶⁶: O DIREITO DE ENTENDER

As informações devem:

- usar frases curtas;
- evitar termos técnicos sem explicação;

65 Compete aos entes federativos contratantes apresentar prestação de contas do desempenho dos hospitais (art. 5º, X, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação 2/2017).

66 Em 14 de novembro de 2025, foi publicada a Lei 15.263, que institui a Política Nacional de Linguagem Simples, que determina, em seu art. 5º, que a administração pública deve obedecer às técnicas de linguagem simples na redação de texto dirigidos ao cidadão, exemplificando como tais técnicas: "redigir frases em ordem direta; redigir frases curtas; desenvolver uma ideia por parágrafo; usar palavras comuns, de fácil compreensão; usar sinônimos de termos técnicos e de jargões ou explicá-los no próprio texto; evitar palavras estrangeiras que não sejam de uso corrente; não usar termos pejorativos; redigir o nome completo antes das siglas; organizar o texto de forma esquemática, quando couber, com o uso de listas, tabelas e recursos gráficos; organizar o texto a fim de que as informações mais importantes apareçam primeiramente; não usar novas formas de flexão de gênero e de número das palavras da língua portuguesa, em contrariedade às regras gramaticais consolidadas, ao Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (Volp) e ao Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, promulgado pelo Decreto nº 6.583, de 29 de setembro de 2008; redigir frases preferencialmente na voz ativa; evitar frases intercaladas; evitar o uso de substantivos no lugar de verbos; evitar redundâncias e palavras desnecessárias; evitar palavras imprecisas; usar linguagem acessível à pessoa com deficiência, observados os requisitos de acessibilidade previstos na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência); testar com o público-alvo se a mensagem está compreensível."

- apresentar dados em formato visual simples;
- explicar siglas;
- permitir fácil compreensão.

Figura 37 – Linguagem simples



Fonte: elaboração própria

Exemplo **inadequado**:

“Taxa de densidade de incidência de IRAS por 1.000 pacientes-dia.”

Exemplo **adequado**:

“Infecção hospitalar: número de infecções para cada 1.000 dias de internação.”

INSTRUMENTOS DE CONEXÃO: CLÁUSULAS DE TRANSPARÊNCIA ATIVA⁶⁷

O contrato deve prever:

- divulgação periódica de indicadores;
- publicação de metas e resultados;
- atualização de filas;
- disponibilização de relatório simplificado ao cidadão;
- alimentação correta dos sistemas oficiais de informação.

A omissão de dados compromete a contratualização.

INSTRUMENTOS DE CONEXÃO: MODELOS DE RELATÓRIOS ACESSÍVEIS

Recomenda-se criar dois tipos de relatório:

67 A Lei de Acesso à Informação, Lei 12.527/2011, deixa claro que “É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas.”

Relatório Técnico (para gestor)

- detalhado;
- com análise comparativa;
- com justificativas técnicas.

Relatório Simplificado (para cidadão)

- linguagem clara;
- gráficos simples;
- explicação do que melhorou e do que precisa melhorar;
- resumo em até duas páginas.

INSTRUMENTOS DE CONEXÃO: PAINEL PÚBLICO DE INFORMAÇÕES

Figura 38 – Painel público de informações



Fonte: elaboração própria

O hospital ou gestor pode manter painel com:

- tempo médio de espera;
- metas principais;
- índice de satisfação;
- taxa de reinternação;
- canal de ouvidoria.

O painel deve ser:

- ▶ atualizado regularmente;
- ▶ acessível digitalmente;
- ▶ compreensível para leigos.

INSTRUMENTOS DE CONEXÃO: TRANSPARÊNCIA COMO INSTRUMENTO DE CONTROLE SOCIAL⁶⁸

Quando o cidadão tem acesso à informação:

- compreende seu direito;

68 O controle social tem o seu principal fundamento no art. 1º, parágrafo único, da Constituição Federal que estabelece que “todo o poder emana do povo”. A Lei 8.142/1990 estabeleceu em seu art. 1º, II, §2º, o Conselho de Saúde como instância que deve atuar na formulação estratégica e no controle da execução da política de saúde.

- entende o tempo de espera;
- reduz conflitos;
- participa da melhoria do serviço.

A transparência fortalece:

- Conselhos de Saúde;
- Ouvidorias;
- Auditorias;
- Comissão de Acompanhamento.

AVALIAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS⁶⁹

O contrato deve prever:

- prestação de contas periódica;
- apresentação de resultados assistenciais;
- comparação entre metas e resultados;
- justificativa para desvios;
- plano de correção quando necessário.

69 Compete aos entes federativos contratantes “apresentar a prestação de contas do desempenho dos hospitais contratualizados com formatos e periodicidade definidos” (art. 5º, do Anexo 2, do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação 2/2017).

A prestação de contas não deve contemplar apenas os aspectos financeiros. Deve abordar também, e principalmente, os resultados assistenciais.

INDICADORES DE TRANSPARÊNCIA

Podem ser monitorados:

- Percentual de indicadores publicados no prazo;
- Atualização mensal das filas;
- Tempo de resposta da ouvidoria;
- Disponibilização de relatório simplificado anual.

EXEMPLO DE CLÁUSULA CONTRATUAL

Cláusula – Transparência e comunicação com o cidadão

“O hospital deverá divulgar, em linguagem clara e acessível, informações sobre metas, critérios de acesso, tempo de espera e desempenho assistencial.”

“Os dados deverão ser atualizados periodicamente e disponibilizados em meio digital ou físico acessível ao público.”

“O descumprimento das obrigações de transparência poderá ensejar medidas corretivas previstas neste contrato.”

BENEFÍCIOS DA REDUÇÃO DA ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO

- ▶ Maior confiança no serviço público
- ▶ Redução de conflitos
- ▶ Melhor controle social
- ▶ Decisões baseadas em dados
- ▶ Proteção do usuário
- ▶ Melhoria contínua

Informação clara é instrumento de cuidado.

Quando o cidadão entende:

- como acessar o serviço,
- quanto tempo vai esperar,
- quais resultados o hospital entrega, ele se sente respeitado.

Transparência não é apenas obrigação legal.

É compromisso com a dignidade e a proteção do usuário.

Consulte os apêndices abaixo para ter acesso a exemplos, instruções e modelos que podem contribuir para o fortalecimento da transparência e do diálogo e romper a barreira da informação entre o gestor, hospital e o cidadão:

Apêndice XIX – Modelos de cláusulas de transparência ativa para contratualização hospitalar centrada no cidadão

Apêndice XX – Exemplos de relatórios simplificados voltados ao cidadão para contratualização hospitalar centrada no cidadão

Apêndice XXI – Checklist de redução da assimetria de informação para contratualização hospitalar centrada no cidadão



Considerações Finais

**A CONTRATUALIZAÇÃO
COMO UM PACTO
PELA VIDA**



Considerações Finais – **A CONTRATUALIZAÇÃO COMO UM PACTO PELA VIDA**

A **contratualização hospitalar** é muito mais do que um instrumento jurídico ou financeiro. Ela é uma ferramenta para organizar o cuidado e proteger o cidadão.

Ao longo deste guia, apresentamos uma proposta clara: colocar o cidadão no centro da contratualização. Isso significa definir o objeto do contrato com base nas necessidades reais da população e estabelecer metas que priorizem acesso, segurança e desfechos clínicos, além de vincular recursos a resultados que façam diferença na vida das pessoas.

Também significa exigir um tratamento mais humano como parte do contrato, integrar o hospital à rede de atenção à saúde, garantir alta hospitalar responsável, reduzir reinternações que poderiam ser evitadas e tornar a informação transparente e acessível.

A contratualização centrada no cidadão transforma o contrato em instrumento vivo de gestão. Ela exige monitoramento contínuo, revisão periódica de metas e capacidade de adaptação diante de mudanças no contexto assistencial. Não se trata de aumentar burocracia, mas de qualificar decisões.

Esse modelo qualifica a gestão, porque organiza responsabilidades e cria critérios objetivos de avaliação. Fortalece o hospital, porque define

expectativas claras e reconhece o desempenho. E, principalmente, protege e dignifica o cidadão, porque promove um cuidado mais seguro, integrado e transparente.

Colocar essa mudança em prática exige compromisso técnico e institucional. Cada município e cada hospital terão seus desafios específicos. O importante é manter o foco: a contratualização deve servir à saúde da população.

Quando o contrato deixa de ser apenas um documento administrativo e passa a ser instrumento de melhoria do cuidado, o SUS avança.

Este guia é um convite à ação.

Um convite para revisar práticas, melhorar instrumentos e assumir, de forma clara, que o centro da contratualização é a vida e a dignidade do cidadão.

Fortalecer a contratualização é fortalecer a gestão.

Fortalecer a gestão é proteger o direito à saúde.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CFM – Conselho Federal de Medicina
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
LAI – Lei de Acesso à Informação
LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
MS – Ministério da Saúde
OS – Organizações Sociais
OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PCEP – Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PNAES – Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPI – Programação Pactuada Integrada
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
SIH – Sistema de Informação Hospitalar

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Taxa de ocupação operacional geral. Brasília, DF: Ministério da Saúde, nov. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-fi-01.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Notificações de IRAS e RM em 2025: formulários de notificação nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência aos antimicrobianos (RAM) em serviços de saúde – ano 2025. Brasília, DF: ANVISA, 26 jan. 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacoes-de-iras-e-rm-2025>. Acesso em: 3 mar. 2026.

BAHIA, Leandro Oliveira. Guia referencial para construção e análise de indicadores. Brasília, DF: Enap, 2021. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/6154>. Acesso em: 4 mar. 2026.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 3 mar. 2026.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 3 mar. 2026.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm . Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.263, de 14 de novembro de 2025. Institui a Política Nacional de Linguagem Simples nos órgãos e entidades da administração pública direta e indireta de todos os Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 nov. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15263.htm. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 20 fev. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde: Anexo XXIV: Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde: Anexo 2 do Anexo XXIV: Diretrizes para a contratualização de hospitais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.604, de 17 de julho de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 jul. 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html. Acesso em: 24 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 3 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 6 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025. Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS e revoga o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt9262_31_12_2025.html. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acesso em: 3 mar. 2026.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 1.504/2024 – Plenário. Sessão de 27 jul. 2024. Brasília, DF: TCU, 2024. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/redireciona/acordao-completo/ACORDAO-COMPLETO-2659629>. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Manual de gestão de riscos do TCU. 2. ed. Brasília, DF: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão (Seplan), 2020. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/46/B3/C6/F4/97D647109EB62737F18818A8/Manual_gestao_riscos_TCU_2_edicao.pdf. Acesso em: 20 fev. 2026.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Referencial para auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão para consulta pública]. Brasília, DF: TCU, Unidade Especializada em Auditoria na Saúde (AudSaúde), 2025. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/publicacoes-institucionais/cartilha-manual-ou-tutorial/consulta-publica-referencial-de-auditoria-em-contratualizacao-de-hospitais-no-sus-1>. Acesso em: 20 fev. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação CFM nº 1, de 11 de março de 2016. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 mar. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2022: panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=BR>. Acesso em: 20 fev. 2026.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha; CAMPOS, Thiago Lopes Cardoso. Contratualização no SUS: principais conceitos e modelos de contratualização de desempenho institucional no Sistema Único de Saúde. Curitiba: CRV, 2021.

REFERÊNCIAS USADAS NO GLOSSÁRIO

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Consórcio de indicadores de qualidade hospitalar: manual metodológico. Brasília, DF: ANS, 17 maio 2025. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/1._Indicadores_Gerais_e_Manual_Operacional_FINAL.pdf/view. Acesso em: 8 mar. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Fator de qualidade: dados de readmissão hospitalar devem ser informados à ANS. Brasília, DF: ANS, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/qualidade-da-saude/fator-de-qualidade-dados-de-readmissao-hospitalar-devem-ser-informados-a-ans>. Acesso em: 10 mar. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS,

2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_promocao_saude_4ed.pdf.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução normativa nº 506, de 30 de março de 2022. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Brasília, DF: ANS, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0506_05_04_2022.html. Acesso em: 7 mar. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI adulto. Brasília, DF: ANS, nov. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-seg-04.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Cartilha de métodos de segurança e desempenho de ventiladores pulmonares. Brasília, DF: ANVISA, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/monitoramento/tecnovigilancia/cartilha-de-metodos-de-seguranca-e-desempenho-de-ventiladores-pulmonares.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília,

DF: ANVISA, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [...]. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de licitações e contratos administrativos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1º abr. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do SUS 1/96. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas

nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde: Anexo XXIV: Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde: Anexo XXII: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 8 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 8 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças

Crônicas no âmbito do SUS [...]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Referencial para auditoria em contratualização de hospitais no SUS [versão para consulta pública]. Brasília, DF: TCU, AudSaúde, 2025. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/publicacoes-institucionais/cartilha-manual-ou-tutorial/consulta-publica-referencial-de-auditoria-em-contratualizacao-de-hospitais-no-sus-1>. Acesso em: 20 fev. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília, DF: CONASS, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 8 mar. 2026.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Audiência debate o perfil assistencial do novo hospital universitário. Brasília, DF: EBSERH, 10 fev. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hujm-ufmt/comunicacao/noticias/audiencia-debate-o-perfil-assistencial-do-novo-hospital-universitario>. Acesso em: 7 mar. 2026.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Manual de conceitos e nomenclaturas de leitos hospitalares. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.faculdadeunimed.edu.br/phl84/pdf/>

Manualconceitosnomenclaturasleitoshospitalares.pdf. Acesso em: 7 mar. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Indicadores de segurança do paciente: anestesia e cirurgia: taxa de mortalidade cirúrgica padronizada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/10%20Taxa%20de%20mortalidade%20cir%C3%BArgica%20padronizada.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Taxa de mortalidade hospitalar padronizada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/taxa-de-mortalidade-hospitalar-padronizada>. Acesso em: 8 mar. 2026.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Glossário de saúde: sepse. Disponível em: <https://www.einstein.br/n/glossario-de-saude/sepse>. Acesso em: 10 mar. 2026.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Regulação: cirurgias eletivas. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/regulacao-estadual/cirurgias-eletivas/>. Acesso em: 7 mar. 2026.

KUCHARSKY, Maurício. Saiba mais sobre as diferenças e o tratamento entre doenças agudas e crônicas. São Paulo: CEJAM, 24 ago. 2016. Disponível em: <https://cejam.org.br/noticias/saiba-mais-sobre-as-diferencas-e-o-tratamento-entre-doencas-agudas-e-cronicas>. Acesso em: 8 mar. 2026.

VIANA, Milena Biá et al. (org.). Manual de habilidades cirúrgicas para acadêmicos. Ponta Grossa, PR: Atena, 2025. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/972926/1/manual-de-habilidades-cirurgicas-para-academicos.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2026.

MEDICALWAY. PAV: o que é e quais são as ações de prevenção? Curitiba, PR, [s.d.]. Disponível em: <https://medicalway.com.br/blog/pav/page/5/>. Acesso em: 7 mar. 2026.

ROCHA, Filipe. Protocolo IAM: o que fazer no infarto agudo do miocárdio. [s.l.]: Medway, [s.d.]. Disponível em: <https://www.medway.com.br/conteudos/protocolo-iam-o-que-fazer-no-infarto-agudo-do-miocardio/>. Acesso em: 8 mar. 2026.

SILVA, Larissa Arielly Cunha de. Construção e validação de um guia para transição do cuidado ao paciente com transtorno mental. 2024. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/dd157b44-1bed-4012-8ef5-af4bc17a5f74>. Acesso em: 10 mar. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência – 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11303/pdf/11303025.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2026.

APÊNDICES



Apêndice I -

ROTEIRO SIMPLIFICADO DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO MÍNIMO VIÁVEL (DEMIV)

Este roteiro não tem a pretensão de esgotar o tema, mas ajudar o gestor a identificar, de forma objetiva e padronizada, as principais necessidades de saúde da população antes de definir o objeto da **contratualização hospitalar**.

Ele não substitui estudos mais aprofundados. Ele garante um mínimo de informações para tomada de decisão responsável.

1. Identificação do Território

1.1 Município/Região de Saúde:

1.2 População total (último dado disponível):

1.3 Municípios referenciados (se houver):

1.4 Data do diagnóstico:

1.5 Responsável técnico:

2. Perfil demográfico da população⁷⁰

Preencher com dados atualizados.

Indicador	Valor
População total	

⁷⁰ A divisão etária apresentada (0–14 anos – população jovem; 15–59 anos – população em idade ativa; 60 anos ou mais – população idosa) segue classificação demográfica utilizada pelo IBGE (Censo 2022 – Panorama). O Estatuto da Pessoa Idosa, Lei 10.741/2003, defini pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais. O Gestor deve avaliar a necessidade de se fazer outras estratificações para avaliação do perfil populacional.

Indicador	Valor
% população 0–14 anos	
% população 15–59 anos	
% população 60 anos ou mais	
Taxa de crescimento populacional	
Taxa de natalidade	
Taxa de envelhecimento	

Perguntas de análise:

- A população está envelhecendo?
- Há crescimento acelerado?
- Existe população flutuante relevante?
- Há comunidades rurais ou áreas remotas?

Síntese do impacto assistencial esperado:

3. Perfil Epidemiológico

3.1 Principais causas de internação (últimos 2 anos)

Causa	Nº internações	% do total

3.2 Principais causas de mortalidade

Causa	Nº óbitos	% do total

3.3 Indicadores hospitalares relevantes

Indicador	Valor
Taxa de ocupação de leitos	
Tempo médio de permanência	
Taxa de mortalidade hospitalar	
Internações por condições sensíveis à atenção primária	

4. Capacidade Instalada Atual

Indicador	Quantidade
Nº total de leitos	
Leitos clínicos	
Leitos cirúrgicos	
Leitos obstétricos	
Leitos UTI	
Serviços de média complexidade	
Serviços de alta complexidade	

Perguntas de análise:

- Há leitos ociosos?
- Há superlotação frequente?
- Existem especialidades com fila excessiva?
- Há dependência de municípios vizinhos?

Síntese da capacidade instalada:

5. Gargalos Identificados

Marcar os problemas existentes:

- () Superlotação frequente
- () Falta de leitos clínicos
- () Falta de UTI
- () Demora em cirurgias eletivas
- () Falhas na regulação
- () Alta hospitalar sem contrarreferência
- () Subutilização de estrutura
- () Outros: _____

6. Análise Integrada

Responder de forma objetiva:

1. Quais são as três maiores necessidades hospitalares da população?

2. Quais serviços estão em excesso?

3. Quais serviços estão insuficientes?

4. Há necessidade de redefinir o perfil assistencial do hospital?

() Sim () Não

Justificativa: _____

7. Conclusão Técnica

Com base nos dados acima, recomenda-se que o objeto da **contratualização hospitalar** priorize:

- () Ampliação de leitos clínicos
- () Ampliação de UTI
- () Ampliação de cirurgia eletiva
- () Reorganização do perfil assistencial
- () Foco em linha de cuidado específica

() Readequação de metas

() Outro: _____

Resumo técnico final (sugestão: máximo 15 linhas):

8. Declaração de conformidade (importante para gerar responsabilidade e credibilidade da informação)

Declaro que este diagnóstico foi elaborado com base em dados oficiais disponíveis e será utilizado como fundamento para subsidiar a definição do objeto contratual hospitalar.

Responsável técnico: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

ORIENTAÇÕES FINAIS

- ▶ O diagnóstico deve ser atualizado pelo menos a cada 4 anos⁷¹ ou quando houver mudança relevante no território.
- ▶ Deve estar alinhado ao Plano de Saúde e à Programação Pactuada Integrada (PPI).
- ▶ Deve ser anexado ao processo administrativo de contratualização.
- ▶ Sem diagnóstico formalizado, o objeto contratual não deveria ser aprovado.

⁷¹ Esse prazo coincide com o prazo para elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual, que é o mesmo prazo de vigência do Plano Plurianual (PPA). Importante destacar que a elaboração do Plano Plurianual deve considerar as necessidades de saúde da população, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico (arts. 30 e 38, da Lei Complementar 141/2012 e art. 35, §2º, I, ADCT).

Apêndice II – CHECKLIST:

“OBJETO CONTRATUAL × NECESSIDADE DA POPULAÇÃO × PACTUAÇÃO REGIONAL”

Este checklist pode ajudar o gestor a verificar se o objeto da **contratualização hospitalar**:

- ▶ Está baseado em diagnóstico real da população
- ▶ Está coerente com o perfil assistencial do hospital
- ▶ Está alinhado às pactuações regionais (CIB e CIR)
- ▶ Contribui para reduzir superlotação, desperdício e riscos assistenciais

O checklist deve ser preenchido antes da assinatura do instrumento de contratualização.

1. Identificação do Processo

Município/Região de Saúde: _____

Hospital: _____

Tipo de instrumento: _____

Data da análise: ____ / ____ / ____

Responsável técnico: _____

2. Verificação da coerência com o diagnóstico da população

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Existe diagnóstico epidemiológico formalizado?				
Existe diagnóstico sociodemográfico atualizado?				
O objeto contratual foi construído com base nesses dados?				
As principais causas de internação estão contempladas no objeto?				
O perfil etário da população foi considerado?				
Há coerência entre demanda estimada e volume contratado?				
Foram identificadas necessidades não atendidas atualmente?				
O contrato evita contratar serviços desnecessários para o território?				

3. Verificação da Coerência com o Perfil Assistencial do Hospital

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O hospital possui estrutura compatível com os serviços contratados?				
A equipe profissional é adequada ao objeto contratado?				
A capacidade instalada é suficiente para as metas pactuadas?				
O perfil contratado é compatível com o nível de complexidade previsto?				
O hospital está sendo contratado para serviços coerentes com sua vocação?				
Há risco de ociosidade estrutural?				
Há risco de superlotação por incompatibilidade de perfil?				

4. Verificação da compatibilidade com pactuações regionais (CIB / CIR)

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
A área de abrangência está pactuada na CIB/CIR?				
A população de referência está formalmente definida?				
O objeto contratual respeita a divisão regional de serviços?				
Os fluxos de referência e contrarreferência estão definidos?				
A PPI foi considerada na definição do objeto?				
O volume contratado está compatível com os limites financeiros pactuados?				
Há risco de conflito federativo com municípios vizinhos?				

5. Verificação de riscos assistenciais e de eficiência

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O objeto contratual pode gerar superlotação?				
O objeto pode gerar subutilização de leitos?				
As metas estão alinhadas à necessidade real da população?				
O contrato prioriza linhas de cuidado relevantes para o território?				
O modelo favorece continuidade do cuidado na rede?				
O objeto contribui para reduzir filas existentes?				

6. Avaliação Final

6.1 Resultado da análise

- () Objeto totalmente alinhado
- () Objeto parcialmente alinhado – requer ajustes
- () Objeto desalinhado – deve ser reformulado

6.2 Pontos críticos identificados

6.3 Recomendações técnicas

7. Declaração Técnica

Declaro que o objeto contratual foi analisado quanto à sua compatibilidade com:

- as necessidades epidemiológicas e sociodemográficas da população;
- o perfil assistencial do hospital;
- as pactuações regionais vigentes;
- os princípios de eficiência e organização da rede.

Responsável técnico: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Orientação de Uso

- ▶ Este checklist deve integrar o processo administrativo de contratualização.
- ▶ Deve ser preenchido antes da assinatura do instrumento.
- ▶ Deve ser revisitado quando houver readequação de metas ou alteração do perfil assistencial.
- ▶ A ausência de alinhamento entre objeto, necessidade da população e pactuação regional aumenta o risco de desperdício e desorganização da rede.

Apêndice III - QUADRO DE RISCOS ASSOCIADOS À CONTRATAÇÃO BASEADA NA OFERTA EXISTENTE

Este instrumento ajuda o gestor a identificar riscos quando o objeto da **contratualização hospitalar** é definido com base:

- na estrutura já existente do hospital;
- nas especialidades disponíveis;
- na produção histórica;
- e não nas necessidades reais da população.

A contratação baseada apenas na oferta existente pode gerar desperdício, superlotação e baixa qualidade assistencial.

1. Conceito

Contratação baseada na oferta existente ocorre quando o gestor pergunta:

“O que o hospital já faz?”

Em vez de perguntar:

“De que a população precisa?”

Esse modelo aumenta o risco de desalinhamento entre objeto contratual e necessidade do território.

2. Quadro de Riscos

Risco	Causa	Evento	Efeito para o cidadão	Efeito para o sistema
Superlotação	Hospital contratado para serviços inadequados ao perfil da população	Aumento da demanda não planejada	Filas, demora no atendimento	Pressão sobre financiamento
Ociosidade estrutural	Manutenção de serviços pouco demandados	Baixa ocupação de leitos	Recursos mal utilizados	Desperdício de recursos públicos
Oferta desequilibrada	Especialidades mantidas por tradição	Excesso em algumas áreas e falta em outras	Dificuldade de acesso ao que é prioritário	Ineficiência alocativa
Metas distorcidas	Foco em produção histórica	Priorização de volume e não de necessidade	Atendimento pouco resolutivo	Indicadores artificiais
Desalinhamento regional	Ausência de compatibilização com CIB/CIR	Conflitos de fluxo	Encaminhamentos desorganizados	Desestruturação da rede
Baixa entrega de valor	Objeto não orientado a desfechos	Produção sem qualidade	Experiência insatisfatória	Custo elevado sem melhoria real

Risco	Causa	Evento	Efeito para o cidadão	Efeito para o sistema
Risco assistencial	Hospital contratado fora de sua vocação	Atendimento por equipe não adequada	Aumento de eventos adversos	Perda de credibilidade
Pressão política indevida	Manutenção de serviços por interesse local	Resistência à reorganização	Serviço pouco eficiente	Dificuldade de governança

3. Matriz de Classificação do Risco

Para cada risco identificado, o gestor deve classificar:

3.1 Probabilidade

- () Baixa
- () Média
- () Alta

3.2 Impacto

- () Baixo
- () Médio
- () Alto

3.3 Nível de risco (combinação de probabilidade e impacto)

- () Aceitável
- () Relevante
- () Crítico

4. Perguntas de Alerta

Antes de concluir a definição do objeto contratual, responda:

- O contrato foi elaborado com base em produção histórica ou diagnóstico atualizado?
- Existem serviços contratados que não aparecem entre as principais necessidades epidemiológicas?
- O hospital está sendo mantido como referência apenas por tradição?
- Existem filas em áreas não contempladas pelo objeto?
- A pactuação regional foi considerada?
- Há leitos com ocupação persistentemente baixa?
- Há leitos permanentemente superlotados?
- O objeto contratual foi discutido tecnicamente ou apenas replicado do contrato anterior?

Se houver três ou mais respostas críticas, sugere-se que o objeto seja revisado.

5. Indicadores de Alerta Operacional

O gestor deve monitorar:

- Taxa de ocupação abaixo de 75% (indica possível ociosidade)⁷²
- Taxa de ocupação acima de 85% contínua (indica sobrecarga)
- Aumento de tempo médio de permanência
- Aumento de internações por causas evitáveis
- Crescimento de demanda reprimida
- Reclamações recorrentes na ouvidoria

Esses sinais podem indicar desalinhamento entre oferta contratada e necessidade real.

6. Medidas de Mitigação

Caso o risco seja relevante ou crítico, recomenda-se:

- ▶ Atualizar o diagnóstico epidemiológico
- ▶ Revisar perfil assistencial do hospital

72 Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), recomenda-se uma taxa de ocupação entre 75 e 85%. Acima de 85% é possível o aumento de eventos adversos, infecção hospitalar e diminuição da segurança no ambiente assistencial. Abaixo de 75% indica baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital (ANS, Taxa de ocupação operacional geral, 2012).

- ▶ Readequar metas e volume contratado
- ▶ Redefinir área de abrangência
- ▶ Submeter ajuste à CIB/CIR
- ▶ Avaliar redimensionamento de leitos
- ▶ Redirecionar financiamento para áreas prioritárias

7. Conclusão Técnica

Após análise, conclui-se que:

- () A contratação está adequada às necessidades do território.
- () A contratação apresenta riscos moderados e exige ajustes.
- () A contratação apresenta risco elevado e deve ser reformulada.

Justificativa técnica:

Declaração

Responsável técnico: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Quando o contrato nasce da oferta existente, o sistema se adapta ao hospital.

Quando o contrato nasce da necessidade da população, o hospital se adapta ao sistema.

Apêndice IV - **EXEMPLOS DE CLÁUSULAS DE RESPONSABILIZAÇÃO ASSISTENCIAL**

Este instrumento apresenta exemplo de cláusulas para inclusão nos contratos hospitalares, com o objetivo de:

- Tornar clara a responsabilidade do hospital pelos resultados do cuidado;
- Superar a lógica centrada apenas na produção;
- Vincular desfechos assistenciais a indicadores claros e mensuráveis;
- Estabelecer consequências proporcionais ao desempenho.

As cláusulas abaixo devem ser adaptadas à realidade do território, ao perfil do hospital e às linhas de cuidado prioritárias.

1. Cláusula geral de responsabilidade por desfechos assistenciais

Cláusula – Responsabilidade pelos resultados do cuidado

“O hospital compromete-se a prestar assistência hospitalar com foco na melhoria dos resultados clínicos relevantes para o cidadão, assumindo responsabilidade pelo monitoramento e aprimoramento contínuo dos desfechos assistenciais pactuados neste contrato.

O desempenho assistencial será avaliado não apenas pela produção realizada, mas também pelos resultados obtidos em termos de qualidade, segurança e efetividade do cuidado.”

2. Cláusula de Mortalidade Evitável

Cláusula – Monitoramento de mortalidade ajustada por risco

“O hospital deverá monitorar a taxa de mortalidade hospitalar ajustada por risco nas linhas de cuidado prioritárias definidas neste contrato.

A apuração será realizada trimestralmente, com base em dados oficiais e critérios técnicos previamente definidos.

Caso o desempenho apresente resultado inferior à meta pactuada por dois períodos consecutivos, o hospital deverá apresentar

plano de ação corretivo, com medidas concretas e cronograma de implementação.”

3. Cláusula de reinternação evitável

Cláusula – Redução de reinternações

“O hospital deverá monitorar a taxa de reinternação em até 30 dias para as condições clínicas prioritárias pactuadas.

Serão consideradas reinternações potencialmente evitáveis aquelas relacionadas à mesma condição clínica da internação anterior.

Resultados acima do parâmetro pactuado deverão ser analisados em conjunto com o gestor, podendo ensejar:

- I. elaboração de plano de melhoria;
- II. revisão de protocolos clínicos;
- III. capacitação da equipe assistencial.”

4. Cláusula de segurança do paciente

Cláusula – Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)

“O hospital compromete-se a monitorar e reduzir a incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde, especialmente:

- I. infecção por cateter venoso central;
- II. infecção de sítio cirúrgico;
- III. pneumonia associada à ventilação mecânica.

A densidade de incidência será calculada conforme metodologia técnica reconhecida.

Resultados superiores aos limites pactuados exigirão plano de intervenção imediata.”

5. Cláusula de alta hospitalar segura

Cláusula – Continuidade do cuidado

“O hospital deverá garantir alta hospitalar segura, assegurando que:

- I. o paciente receba orientação clara e compreensível;
- II. haja prescrição adequada de medicamentos;
- III. seja emitido documento formal de contrarreferência;
- IV. exista comunicação com a unidade de atenção básica ou serviço de referência.

O percentual de altas com contrarreferência formal registrada será monitorado como indicador contratual.”

6. Cláusula de vinculação a incentivos

Cláusula – Incentivo por desempenho assistencial⁷³

⁷³ Recentemente o Ministério da Saúde editou a portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, que instituiu a Política Nacional de Atenção Especializadas em Saúde (PNAES), trazendo como uma das diretrizes dessa política (art. 4º, XV) a “substituição gradativa da forma de financiamento, alterando o modelo de pagamento por procedimento para a remuneração em modelo fundado no cuidado integrado e integral, na contratualização de metas qualitativas e quantitativas”. De certo que os incentivos financeiros devem observar as normas que regem o instrumento que formaliza a contratualização.

“Parte variável do valor contratual poderá estar vinculada ao desempenho nos desfechos assistenciais pactuados.

O hospital que atingir ou superar as metas estabelecidas poderá receber incentivo adicional, conforme critérios definidos em anexo.”

7. Cláusula de plano de melhoria obrigatório

Cláusula – Plano de ação corretivo

“Quando o desempenho assistencial estiver abaixo da meta pactuada por dois ciclos consecutivos de avaliação⁷⁴, o hospital deverá apresentar plano de ação contendo:

- I. diagnóstico das causas;
- II. medidas corretivas;
- III. responsáveis pela execução;
- IV. prazos definidos;
- V. indicadores de acompanhamento.”

8. Cláusula de transparência

⁷⁴ Os art. 29 e 30 do Anexo 2 do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, estabelece que “o hospital que não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local.” E “o hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária.”

Cláusula – Publicidade dos resultados assistenciais

“Os resultados dos indicadores assistenciais pactuados deverão ser disponibilizados ao gestor e à Comissão de Acompanhamento da Contratualização.⁷⁵

Poderá ser prevista divulgação pública dos indicadores consolidados, em linguagem clara, garantindo transparência ao cidadão.”

9. Cláusula de revisão periódica dos desfechos

Cláusula – Atualização dos indicadores

“Os desfechos assistenciais pactuados poderão ser revisados anualmente, considerando:

- I. mudanças no perfil epidemiológico;
- II. novas evidências científicas;
- III. atualização de protocolos clínicos;
- IV. redefinição de linhas de cuidado prioritárias.”

10. Cláusula de equilíbrio e proporcionalidade

⁷⁵ O art. 32 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS 2/2017, estabelece a necessidade de instituição da comissão de acompanhamento da contratualização, composta, no mínimo, por um representante do ente federativo e contratante e um representante do hospital contratualizado, para monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo avaliar o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas e físico-financeiras, avaliar a capacidade instalada e readequar metas pactuadas, recursos financeiros.

Cláusula – Avaliação contextualizada do desempenho

“A avaliação dos desfechos assistenciais deverá considerar:

- I. perfil de risco dos pacientes;
- II. gravidade clínica;
- III. condições estruturais pactuadas;
- IV. fatores externos que impactem o desempenho.

“A responsabilização será técnica, proporcional e fundamentada.”

11. Estrutura Recomendada em Anexo Técnico

Recomenda-se que o contrato possua anexo contendo:

- Definição clara do indicador;
- Fórmula de cálculo;
- Fonte de dados;
- Periodicidade;
- Meta pactuada;
- Linha de cuidado vinculada;
- Consequência contratual.

A responsabilização assistencial não significa punição automática. Significa compromisso explícito com a vida, a segurança, a qualidade do cuidado, a experiência do cidadão.

Quando o contrato deixa claro quais resultados o hospital deve entregar, ele se torna um instrumento de melhoria real do sistema de saúde.

Apêndice V – **QUADRO:** **DESFECHO ASSISTENCIAL ×** **LINHA DE CUIDADO × OBRIGAÇÃO** **CONTRATUAL (EXEMPLO)**

Este quadro pode ajudar o gestor a conectar três elementos essenciais da **contratualização hospitalar**:

1. **Desfecho assistencial relevante para o cidadão**
2. **Linha de cuidado prioritária no território**
3. **Obrigação contratual clara e mensurável**

Ele evita contratos genéricos e ajuda a transformar resultados desejados em compromissos concretos.

Como usar este instrumento

1. **Identifique as linhas de cuidado prioritárias do território (com base no diagnóstico epidemiológico).**
2. **Defina os desfechos assistenciais mais relevantes para cada linha.**
3. **Traduza cada desfecho em obrigação contratual objetiva.**
4. **Defina indicador, meta e forma de monitoramento em anexo técnico.**

Quadro - Desfecho assistencial x linha de cuidado
x obrigação contratual (exemplo)

Linha de Cuidado Prioritária	Desfecho Assistencial Relevante	Indicador	Obrigação Contratual do Hospital	Monitoramento
Doença Cardiovascular	Redução de mortalidade por infarto	Taxa de mortalidade ajustada por risco	Implementar protocolo clínico baseado em evidência e monitorar tempo porta-balão	Avaliação trimestral
Doença Cardiovascular	Redução de reinternação em 30 dias	% de reinternação em até 30 dias	Garantir alta com plano terapêutico e contrarreferência formal	Avaliação trimestral
Saúde Materno-Infantil	Redução de infecção pós-parto	Taxa de infecção obstétrica	Adotar protocolo de segurança obstétrica e checklist cirúrgico	Avaliação semestral
Saúde Materno-Infantil	Alta neonatal segura	% de recém-nascidos com seguimento agendado	Garantir agendamento na atenção básica antes da alta	Avaliação trimestral
Doenças Respiratórias	Redução de pneumonia associada à ventilação	Densidade de incidência por 1.000 dias de ventilação	Monitorar e implementar protocolo de prevenção de pneumonia	Avaliação mensal
Clínica Médica (Idoso)	Redução de reinternação por descompensação clínica	% de reinternação em 30 dias	Implantar plano de transição do cuidado e revisão medicamentosa	Avaliação trimestral

Linha de Cuidado Prioritária	Desfecho Assistencial Relevante	Indicador	Obriga��o Contratual do Hospital	Monito-ramento
Cirurgia Eletiva	Redu��o de complica��es cirúrgicas	Taxa de infec��o de sítio cirúrgico	Adotar protocolo de antibioticoprofilaxia e checklist cirúrgico	Avalia��o trimestral

Fonte: elabora  o pr  pria
Nota: os casos acima s  o exemplificativos

Modelo em branco para preenchimento

Linha de Cuidado	Desfecho Prioritário	Indicador	Meta Pactuada	Obriga��o Contratual	Consequência em caso de descumprimento

Exemplos de obriga  es contratuais

As obrigações podem incluir:

- Implementação obrigatória de protocolos clínicos baseados em evidência;
- Monitoramento contínuo de indicadores assistenciais;
- Plano de ação obrigatório quando meta não for atingida;
- Capacitação periódica da equipe assistencial;
- Revisão de fluxos de transição do cuidado;
- Implantação de núcleo de segurança do paciente;
- Auditoria clínica interna.

Diretrizes para formulação das obrigações

As obrigações contratuais devem ser:

- ▶ Claras (sem termos vagos)
- ▶ Mensuráveis
- ▶ Compatíveis com a capacidade instalada
- ▶ Alinhadas ao perfil epidemiológico
- ▶ Integradas à rede de atenção
- ▶ Proporcionais e tecnicamente fundamentadas

Evitar cláusulas genéricas como:

“O hospital deverá prestar assistência com qualidade.”

Preferir cláusulas objetivas como:

“O hospital deverá manter taxa de reinternação em até 30 dias inferior a X%, monitorada trimestralmente.”

Checklist de Validação

Antes de finalizar o contrato, verificar:

- () O desfecho escolhido é relevante para o cidadão?
- () Está vinculado a uma linha de cuidado prioritária?
- () Possui indicador objetivo?
- () Existe meta pactuada?
- () A obrigação contratual é clara?
- () Há mecanismo de monitoramento definido?
- () Há consequência proporcional prevista?

Um contrato hospitalar centrado no cidadão deve responder claramente:

- Qual resultado de saúde queremos melhorar?
- Em qual linha de cuidado?
- O que o hospital é obrigado a fazer para alcançar esse resultado?

Quando desfecho, linha de cuidado e obrigação contratual estão alinhados, o contrato deixa de ser apenas administrativo e passa a ser um compromisso real com a vida e a segurança do cidadão.

Apêndice VI - CHECKLIST DE VERIFICAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO POR RESULTADOS ASSISTENCIAIS

Este checklist pode ajudar o gestor a verificar se o contrato hospitalar:

- Vai além da produção de serviços;
- Define claramente resultados assistenciais;
- Estabelece responsabilidade explícita do hospital;
- Prevê monitoramento e consequências proporcionais.

Ele deve ser aplicado antes da assinatura do contrato e nas revisões periódicas.

1. Identificação

Município/Região: _____

Hospital: _____

Instrumento contratual: _____

Data da verificação: ____ / ____ / ____

Responsável técnico: _____

2. Verificação da existência de desfechos assistenciais no contrato

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O contrato menciona claramente desfechos assistenciais?				
Os desfechos são relevantes para o cidadão?				
Os desfechos estão vinculados a linhas de cuidado prioritárias?				
Os desfechos foram definidos com base em diagnóstico epidemiológico?				
Os desfechos superam a lógica exclusivamente produtiva?				

3. Verificação da clareza dos indicadores

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Existe indicador mensurável para cada desfecho?				
A fórmula de cálculo está definida?				

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
A fonte de dados está indicada?				
A periodicidade de apuração está definida?				
As metas são objetivas e verificáveis?				

4. Verificação da responsabilidade explícita do hospital

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O contrato declara expressamente a responsabilidade do hospital pelos resultados?				
As obrigações assistenciais estão descritas de forma clara?				
Está previsto plano de ação corretivo em caso de desempenho insatisfatório?				
Existe previsão de revisão de protocolos clínicos quando necessário?				
Há exigência de monitoramento interno dos indicadores?				

5. Verificação de consequências contratuais

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O contrato prevê medidas em caso de não atingimento de metas?				
As consequências são proporcionais e fundamentadas?				
Existe previsão de incentivo por desempenho superior? ⁷⁶				
Há mecanismo de reavaliação técnica antes de qualquer penalidade?				
O contrato prevê possibilidade de ajuste do perfil assistencial?				

6. Verificação da integração com a rede de atenção

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O contrato exige alta hospitalar segura?				
Existe previsão de contrarreferência formal?				

76 A existência de incentivos fica condicionada à legislação que rege o instrumento de contratualização.

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Há articulação com a atenção básica ou especializada?				
Os desfechos consideram continuidade do cuidado?				

7. Avaliação Final

7.1 Classificação do grau de responsabilização

- () Alto – contrato claramente orientado a resultados
- () Médio – contrato parcialmente orientado a resultados
- () Baixo – contrato centrado predominantemente na produção

7.2 Pontos críticos identificados

7.3 Recomendações técnicas

8. Critérios de alerta

A responsabilização por resultados é considerada insuficiente quando:

- O contrato menciona apenas produção;
- Não há metas de desfecho clínico;
- Não há plano de melhoria previsto;
- Não há consequência contratual definida;
- Não há vínculo com linhas de cuidado prioritárias.

A ocorrência dessas situações isoladas ou conjuntamente pode ensejar a revisão do instrumento.

9. Declaração Técnica

Declaro que o instrumento contratual foi analisado quanto à sua capacidade de responsabilizar explicitamente o hospital pelos resultados assistenciais pactuados.

Responsável técnico: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Atenção! Um contrato hospitalar centrado no cidadão deve deixar claro:

- Qual resultado importa;
- Quem é responsável;
- Como será medido;
- O que acontece se não for alcançado.

Sem isso, a contratualização permanece centrada apenas na produção, e não no cuidado.

Apêndice VII - **EXEMPLOS DE MATRIZES DE METAS QUALIQUANTITATIVAS PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO**

Este instrumento apresenta modelos práticos de matriz de metas que podem ajudar a:

- organizar metas quantitativas e qualitativas;
- priorizar segurança e desfechos clínicos;
- vincular metas a pesos diferenciados;
- permitir cálculo objetivo da parcela variável do pagamento.

A matriz deve ser adaptada ao perfil epidemiológico do território e ao porte do hospital.

1. Princípios da Matriz de Metas

A matriz deve:

- ▶ Priorizar segurança e desfechos clínicos
- ▶ Equilibrar produção e qualidade
- ▶ Ter indicadores mensuráveis
- ▶ Definir peso para cada meta
- ▶ Permitir cálculo transparente

2. Exemplo 1 – Matriz básica com peso por dimensão

Dimensão	Indicador	Meta	Peso (%)	Fonte de Dados	Periodicidade
Segurança do Paciente	Taxa de infecção por catéter venoso central (CVC)	≤ X	25%	SIH / Comissão de Controle de Infecção	Trimestral
Desfecho Clínico	Mortalidade ajustada por risco	≤ X	25%	SIH / Auditoria clínica	Trimestral
Desfecho Clínico	Reinternação em 30 dias	≤ X	15%	SIH	Trimestral
Acesso	Tempo médio para cirurgia eletiva	≤ X dias	15%	Regulação	Mensal

Dimensão	Indicador	Meta	Peso (%)	Fonte de Dados	Periodicidade
Experiência do Usuário	Índice de satisfação	$\geq X\%$	10%	Pesquisa padronizada	Semestral
Produção	Cumprimento do volume pactuado	$\geq 95\%$	10%	Sistema de produção	Mensal

Total = 100%

3. Exemplo 2 – Matriz com hierarquização por prioridade

Prioridade 1 – Segurança e desfecho (mínimo 60% do peso total)

Prioridade	Indicador	Meta	Peso
Alta	Infecção hospitalar	$\leq X$	20%
Alta	Mortalidade ajustada	$\leq X$	20%
Alta	Reinternação	$\leq X$	20%

Subtotal: 60%

Prioridade 2 – Acesso e continuidade (25%)

Prioridade	Indicador	Meta	Peso
Média	Tempo de espera	$\leq X$	15%
Média	Alta com contrarreferência	$\geq X\%$	10%

Subtotal: 25%

Prioridade 3 – Produção (15%)

Indicador	Meta	Peso
Volume contratado	$\geq 95\%$	15%

Total = 100%

Esse modelo pode contribuir para garantir que produção nunca seja mais importante que resultado clínico.

4. Exemplo 3 – Matriz com sistema de pontuação

Cada meta recebe pontuação conforme desempenho:

Desempenho	Pontuação
$\geq 100\%$ da meta	100 pontos
90–99% da meta	80 pontos
80–89% da meta	60 pontos
$< 80\%$ da meta	0 pontos

Pontuação final = soma ponderada dos indicadores.

Exemplo:

Pontuação final =

$(\text{Segurança} \times \text{peso}) + (\text{Desfecho} \times \text{peso}) + (\text{Acesso} \times \text{peso}) + (\text{Experiência} \times \text{peso})$

Pagamento variável proporcional à pontuação final.

5. Exemplo 4 – Matriz vinculada à linha de cuidado

Exemplo: Linha de Cuidado Cardiovascular

Linha de Cuidado	Indicador	Meta	Peso
Cardiovascular	Mortalidade por infarto	$\leq X$	25%
Cardiovascular	Tempo porta-balão	$\leq X$ min	15%
Cardiovascular	Reinternação 30 dias	$\leq X$	15%
Cardiovascular	Alta com plano terapêutico	$\geq X\%$	10%

Complementar com metas gerais:

Dimensão	Indicador	Peso
Segurança geral	Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde	20%
Produção	Volume contratado	15%

Total = 100%

6. Exemplo 5 – Matriz simplificada para pequenos municípios

Dimensão	Indicador	Peso
Segurança	Infecção hospitalar	30%
Desfecho	Reinternação	25%
Acesso	Tempo de espera	20%
Experiência	Satisfação do usuário	10%
Produção	Volume pactuado	15%

Modelo com poucos indicadores, porém focado em qualidade.

7. Regras para Construção da Matriz

1. Indicadores devem ser claros e auditáveis.
2. Metas devem ser realistas e progressivas.
3. Peso maior deve ser dado a segurança e desfecho.
4. Produção não deve ultrapassar 20% do peso total (sugestão).
5. Deve haver revisão anual das metas.
6. Deve existir plano de melhoria quando metas não forem atingidas.

8. Exemplo de Fórmula de Repasse

Parcela variável = Valor total variável $\times$ (Pontuação alcançada $\div$ 100)

Exemplo:

Parcela variável: R\$ 2.000.000

Pontuação final: 85 pontos

Repasse = $2.000.000 \times 0,85$

Repasse final = R\$ 1.700.000

9. Checklist de Validação da Matriz

- () Segurança possui maior peso que produção
- () Desfechos clínicos estão incluídos
- () Metas são mensuráveis
- () Fonte de dados está definida
- () Existe fórmula clara de cálculo
- () Há plano de melhoria previsto
- () O modelo é transparente para o hospital

Uma matriz de metas bem estruturada direciona o comportamento do hospital; protege o cidadão; estimula melhoria contínua; fortalece a governança; e transforma pagamento em instrumento de qualidade.

Apêndice VIII - **EXEMPLOS DE CLÁUSULAS DE PAGAMENTO VARIÁVEL POR DESEMPENHO PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO**

Este instrumento apresenta modelos de cláusulas contratuais que vinculam parte do pagamento do hospital ao cumprimento de metas qualiquantitativas.

O objetivo é:

- estimular qualidade e segurança do cuidado;
- incentivar melhores resultados clínicos;
- alinhar financiamento a valor para o cidadão;
- garantir previsibilidade e transparência.

As cláusulas devem ser adaptadas ao perfil do hospital e à realidade do território.

1. Cláusula geral de parcela variável

Cláusula – Estrutura do pagamento

“O pagamento ao hospital será composto por:

I – parcela fixa destinada à manutenção da capacidade instalada e funcionamento regular dos serviços;

II – parcela variável condicionada ao desempenho nas metas quali quantitativas pactuadas neste contrato.”

“A parcela variável corresponderá a ____% do valor global anual do contrato.”

2. Cláusula de condicionamento ao desempenho

Cláusula – Condicionamento da parcela variável

“O recebimento integral da parcela variável dependerá do cumprimento das metas pactuadas em anexo técnico.

O desempenho será avaliado com base em indicadores de:

- I. segurança do paciente;
- II. desfecho clínico;
- III. acesso oportuno;
- IV. experiência do usuário;
- V. produção contratada.”

3. Cláusula com sistema de pontuação

Cláusula – Sistema de pontuação por indicadores

“Cada indicador contratual terá peso específico e pontuação proporcional ao desempenho alcançado.

A pontuação final será calculada pela soma ponderada dos indicadores.

O valor da parcela variável será proporcional à pontuação obtida.”

Exemplo de fórmula:

Parcela variável devida =

Valor máximo da parcela variável $\times$ (Pontuação final $\div$ 100)

4. Cláusula de faixa de desempenho

Cláusula – Faixas de repasse

“O repasse da parcela variável observará as seguintes faixas:

- Desempenho igual ou superior a 95% da meta $\rightarrow$ 100% da parcela variável;
- Desempenho entre 80% e 94% $\rightarrow$ repasse proporcional;
- Desempenho inferior a 80% $\rightarrow$ repasse reduzido e obrigatoriedade de plano de melhoria.”

5. Cláusula de incentivo por superação de meta

Cláusula – Incentivo por excelência assistencial

“O hospital que superar as metas pactuadas em indicadores prioritários de segurança ou desfecho clínico poderá receber incentivo adicional, nos limites orçamentários previstos.”

Esse mecanismo deve priorizar:

- redução de mortalidade evitável;
- redução de reinternações;
- redução de infecções hospitalares.

Atenção! A inserção deste tipo de cláusula deve observar esta possibilidade na legislação que rege o instrumento que formaliza a contratualização entre o ente federado e o hospital.

6. Cláusula de garantia de sustentabilidade

Cláusula – Limite de redução da parcela variável

“A eventual redução da parcela variável não poderá comprometer a sustentabilidade mínima da prestação dos serviços essenciais.

Qualquer redução será proporcional, técnica e fundamentada.”

7. Cláusula de ajuste por perfil de risco

Cláusula – Ajuste técnico por complexidade assistencial

“A avaliação dos desfechos assistenciais considerará o perfil de risco dos pacientes atendidos, a complexidade dos casos e fatores epidemiológicos locais.

Os indicadores poderão ser ajustados por risco, conforme metodologia técnica definida em anexo.”

8. Cláusula de plano de melhoria obrigatório

Cláusula – Plano de ação corretivo

“Caso o hospital apresente desempenho inferior ao mínimo pactuado por dois ciclos consecutivos, deverá apresentar plano de melhoria contendo:

- I. diagnóstico das causas;
- II. medidas corretivas;
- III. responsáveis pela execução;
- IV. prazos definidos.”

9. Cláusula de transparência

Cláusula – Publicidade dos resultados

“Os resultados dos indicadores que impactam a parcela variável poderão ser divulgados de forma consolidada, em linguagem clara, garantindo transparência ao cidadão.”

10. Cláusula de revisão periódica das metas

Cláusula – Revisão anual

“As metas e respectivos pesos poderão ser revisados anualmente, considerando:⁷⁷

- I. mudanças epidemiológicas;
- II. atualização de protocolos clínicos;
- III. redefinição de prioridades da política pública;
- IV. avaliação técnica da execução contratual.”

11. Cláusula de garantia de contraditório

Cláusula – Direito à Manifestação

⁷⁷ Acréscimos e supressões e alterações no objeto devem observar a legislação que rege o instrumento que formalizou a contratualização.

“Antes da aplicação de qualquer redução financeira decorrente de desempenho, será assegurado ao hospital o direito de manifestação técnica, no prazo de ____ dias.”

12. Modelo simplificado de cláusula integrada

Cláusula – Pagamento por desempenho assistencial

“A parcela variável correspondente a ____% do valor anual do contrato será condicionada ao cumprimento das metas pactuadas.

Os indicadores, metas, pesos e fórmula de cálculo constam em anexo técnico.

O desempenho será avaliado trimestralmente.

O hospital que atingir 100% das metas receberá integralmente a parcela variável.

Desempenho inferior implicará repasse proporcional, assegurado o direito de manifestação e a apresentação de plano de melhoria.”

Recomendações Técnicas

- A parcela variável deve ser significativa, mas não comprometer a estabilidade financeira.
- Segurança e desfecho clínico devem ter maior peso que produção.
- O modelo deve ser transparente e previsível.
- A metodologia de cálculo deve constar em anexo.
- O sistema deve evitar incentivos perversos (alta precoce, seleção de pacientes).

Atenção! Pagamento variável não é punição. É um instrumento de melhoria. Quando o financiamento está vinculado a resultados, o contrato deixa de premiar apenas volume e passa a premiar qualidade, segurança e valor para o cidadão.

Apêndice IX - ROTEIRO DE VALIDAÇÃO DE METAS CENTRADAS NO CIDADÃO PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR NO SUS

Este roteiro pode ajudar o gestor a verificar se as metas do contrato hospitalar:

- Estão centradas nas necessidades da população;
- Priorizaram segurança e desfechos clínicos;
- São claras, mensuráveis e justas;
- Contribuem para gerar valor em saúde.

Ele deve ser aplicado antes da assinatura do contrato e nas revisões periódicas.

1. Identificação

Município/Região: _____

Hospital: _____

Instrumento contratual: _____

Data da verificação: ____ / ____ / ____

Responsável técnico: _____

2. Validação do alinhamento com a necessidade da população

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
As metas foram definidas com base em diagnóstico epidemiológico atualizado?				
As metas refletem as principais causas de internação do território?				
As metas consideram o perfil etário da população (crianças, idosos, etc.)?				
As metas estão vinculadas às linhas de cuidado prioritárias?				
As metas estão compatíveis com a pactuação regional (CIB/CIR)?				

3. Validação do foco em segurança e desfecho

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Existem metas relacionadas à segurança do paciente?				
Existem metas relacionadas a desfechos clínicos (mortalidade, reinternação, etc.)?				
Segurança e desfecho possuem peso maior que produção?				
As metas evitam incentivo a alta precoce?				
As metas consideram ajuste por risco quando necessário?				

4. Validação da clareza e mensurabilidade

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Cada meta possui indicador claramente definido?				
A fórmula de cálculo está descrita?				

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
A fonte de dados está indicada?				
A periodicidade de avaliação está definida?				
Existe meta numérica objetiva?				

5. Validação do impacto para o cidadão

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
A meta melhora o acesso ao serviço?				
A meta reduz risco assistencial?				
A meta contribui para continuidade do cuidado?				
A meta melhora a experiência do usuário?				
A meta reduz desperdício de recursos públicos?				

6. Validação da viabilidade técnica e financeira

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
A meta é compatível com a capacidade instalada do hospital?				
A meta é realista e progressiva?				
Existe previsão orçamentária compatível?				
O hospital possui equipe capacitada para monitorar o indicador?				

7. Classificação final das metas

7.1 Grau de centralidade no cidadão

- () Alto – metas claramente orientadas a valor em saúde
- () Médio – metas parcialmente orientadas a resultados
- () Baixo – metas predominantemente centradas na produção

7.2 Pontos fortes identificados

7.3 Pontos críticos que devem ser ajustados

8. Critérios de Alerta

As metas não estão centradas no cidadão quando:

- A maioria das metas é apenas de volume;
- Não há metas de segurança;
- Não há metas de desfecho clínico;
- Não há vínculo com linhas de cuidado;
- Não há indicador claro e mensurável;
- A produção possui peso maior que a qualidade.

Se três ou mais desses critérios ocorrerem, recomenda-se revisão das metas.

9. Declaração Técnica

Declaro que as metas contratuais foram avaliadas quanto à sua centralidade no cidadão, alinhamento com o diagnóstico da população e capacidade de gerar valor em saúde.

Responsável técnico: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Uma meta centrada no cidadão deve responder:

- Essa meta melhora a saúde da população?
- Essa meta torna o cuidado mais seguro?
- Essa meta gera valor e não apenas volume?

Se a resposta for “não”, a meta deve ser revista.

Apêndice X - EXEMPLOS DE CLÁUSULAS DE HUMANIZAÇÃO E EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO

Este instrumento apresenta exemplos de cláusulas com obrigações claras sobre:

- acolhimento;
- comunicação;
- respeito às preferências do paciente;
- presença de acompanhante;
- alta humanizada;
- monitoramento da experiência do usuário.

O objetivo é contribuir para transformar a humanização em compromisso contratual exigível, com indicadores mensuráveis e consequências proporcionais.

1. Cláusula geral de humanização

Cláusula – Atendimento humanizado

“O hospital compromete-se a prestar atendimento humanizado, centrado no paciente, garantindo acolhimento respeitoso, comunicação clara, respeito às preferências individuais e proteção da dignidade da pessoa atendida.”

“O cumprimento desta cláusula será monitorado por meio de indicadores de experiência do usuário definidos em anexo técnico.”

2. Cláusula de acolhimento

Cláusula – Acolhimento e recepção

“O hospital deverá assegurar processo de acolhimento organizado, com:

- I. orientação inicial clara ao paciente e acompanhante;
- II. identificação visível dos profissionais;
- III. informações sobre fluxo de atendimento e tempo estimado de espera.”

“O hospital deverá monitorar a percepção dos usuários quanto à qualidade do acolhimento.”

3. Cláusula de comunicação clara

Cláusula – Comunicação com o paciente

“O hospital deverá garantir que informações sobre diagnóstico, tratamento e riscos sejam prestadas em linguagem simples, adequada ao nível de compreensão do paciente.”

“Deverá ser registrado em prontuário que as informações foram fornecidas e compreendidas.”

4. Cláusula de consentimento e autonomia

Cláusula – Respeito às preferências do paciente

“O hospital deverá respeitar a autonomia do paciente, garantindo consentimento informado antes da realização de procedimentos, salvo situações de urgência.”

“Deverá ser assegurado respeito às convicções culturais, religiosas e pessoais, quando compatíveis com a segurança assistencial.”

5. Cláusula de presença de acompanhante

Cláusula – Direito a acompanhante

“O hospital deverá assegurar o direito a acompanhante nos casos previstos na legislação vigente, garantindo condições mínimas de permanência e orientação clara sobre regras internas.”

6. Cláusula de alta humanizada

Cláusula – Alta hospitalar segura e humanizada

“O hospital deverá garantir que toda alta hospitalar seja acompanhada de:

- I. resumo de alta em linguagem clara;
- II. orientação verbal e escrita sobre cuidados pós-alta;
- III. informação sobre sinais de alerta;
- IV. registro formal de contrarreferência quando aplicável.”

“O percentual de altas com orientação formal registrada será monitorado como indicador contratual.”

7. Cláusula de monitoramento da experiência do usuário

Cláusula – Pesquisa de experiência do usuário

“O hospital deverá aplicar pesquisa padronizada de satisfação e experiência do usuário, com metodologia validada e periodicidade mínima trimestral.”

“Os resultados deverão ser apresentados ao gestor e utilizados para melhoria contínua.”

8. Cláusula de indicadores de experiência

Cláusula – Indicadores de humanização

“Serão monitorados, no mínimo, os seguintes indicadores:

- I. Índice geral de satisfação do usuário;
- II. Percentual de pacientes que relatam ter compreendido o plano terapêutico;
- III. Percentual de usuários que consideram o atendimento respeitoso;
- IV. Percentual de altas com orientação registrada.”

9. Cláusula de metas de humanização

Cláusula – Metas de experiência do usuário

“As metas de humanização integrarão a matriz de metas qualitativas, com peso específico na parcela variável do pagamento.”

“O não atingimento das metas poderá ensejar:

- I. plano de melhoria obrigatória;
- II. capacitação da equipe assistencial;
- III. ajuste proporcional da parcela variável.”

10. Cláusula de plano de melhoria em humanização

Cláusula – Plano de ação para humanização

“Caso o desempenho em indicadores de experiência do usuário seja inferior ao pactuado por dois ciclos consecutivos, o hospital deverá apresentar plano de ação contendo:

- I. diagnóstico das causas;
- II. medidas corretivas;
- III. cronograma de execução;
- IV. responsáveis.”

11. Cláusula de Transparência

Cláusula – Publicidade dos resultados

“Os resultados consolidados dos indicadores de experiência do usuário poderão ser divulgados de forma clara e acessível, garantindo transparência e controle social.”

12. Cláusula integrada simplificada

Cláusula – Humanização como obrigação contratual

“O hospital assume a obrigação contratual de assegurar atendimento humanizado, com foco na dignidade, autonomia e experiência do usuário.

A humanização será monitorada por indicadores objetivos e integrará a matriz de metas com impacto financeiro proporcional ao desempenho.”

Recomendações Técnicas

- As cláusulas devem ser acompanhadas de anexo técnico com indicadores e fórmulas.
- Humanização deve ter peso relevante na matriz de metas.
- Indicadores devem ser auditáveis e comparáveis ao longo do tempo.
- Capacitação da equipe deve ser contínua.
- O modelo deve evitar burocratização excessiva.

Humanização não é apenas postura individual.

É compromisso institucional.

Quando está no contrato, com metas e indicadores, ela se torna parte da governança e fortalece a confiança do cidadão no SUS.

Apêndice XI - **EXEMPLOS DE INDICADORES DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO**

Este instrumento apresenta exemplos de indicadores para medir a experiência do paciente no hospital.

A experiência do paciente envolve:

- acolhimento;
- respeito;
- comunicação clara;
- tempo de espera;
- participação nas decisões;
- qualidade da alta hospitalar.

Os indicadores devem ser:

- ▶ claros

- ▶ simples de medir
- ▶ auditáveis
- ▶ comparáveis ao longo do tempo
- ▶ vinculados à matriz de metas do contrato

1. Indicadores de acolhimento e respeito

1.1. Índice de atendimento respeitoso

Definição: Percentual de pacientes que relatam ter sido tratados com respeito por todos os profissionais.

Fórmula: (Número de pacientes que responderam “sim” à pergunta sobre respeito ÷ Total de respostas válidas) × 100

Meta sugerida: ≥ 90%

1.2. Identificação visível da equipe

Definição: Percentual de pacientes que relatam que os profissionais se identificaram adequadamente.

Meta sugerida: ≥ 85%

2. Indicadores de comunicação

2.1. Compreensão do plano de tratamento

Definição: percentual de pacientes que afirmam ter entendido o diagnóstico e o plano de tratamento.

Meta sugerida: $\geq 90\%$

2.2. Informação sobre tempo de espera

Definição: percentual de pacientes que relatam ter sido informados sobre o tempo estimado de espera.

Meta sugerida: $\geq 85\%$

2.3. Clareza nas orientações de alta

Definição: percentual de pacientes que relatam ter recebido explicação clara sobre cuidados pós-alta.

Meta sugerida: $\geq 95\%$

3. Indicadores de tempo de espera (percepção)

3.1. Percepção de tempo de espera adequado

Definição: percentual de pacientes que consideram o tempo de espera razoável.

Meta sugerida: $\geq 80\%$

3.2. Tempo médio real de espera

Definição: tempo médio entre chegada e primeiro atendimento.

Meta sugerida: definida conforme perfil do serviço.

4. Indicadores de participação e autonomia

4.1. Participação na decisão terapêutica

Definição: percentual de pacientes que relatam ter participado das decisões sobre seu tratamento.

Meta sugerida: $\geq 85\%$

4.2. Consentimento informado registrado

Definição: percentual de procedimentos com registro formal de consentimento.

Meta sugerida: 100%

5. Indicadores de presença de acompanhante

5.1. Garantia de acompanhante

Definição: Percentual de pacientes elegíveis que tiveram acompanhante permitido.

Meta sugerida: $\geq 95\%$

6. Indicadores de alta humanizada

6.1. Alta com plano terapêutico entregue

Definição: Percentual de pacientes que receberam documento formal de alta.

Meta sugerida: $\geq 95\%$

6.2. Alta com agendamento na rede

Definição: percentual de pacientes com encaminhamento registrado para continuidade do cuidado.

Meta sugerida: $\geq 90\%$

7. Indicadores globais de experiência

7.1. Índice geral de satisfação

Definição: Percentual de pacientes que avaliam o atendimento como “bom” ou “ótimo”.

Meta sugerida: $\geq 85\%$

7.2. Índice de recomendação do hospital

Pergunta exemplo: “Você recomendaria este hospital a um familiar?”

Indicador: Percentual de respostas positivas.

8. Modelo simplificado de Pesquisa

Exemplo de perguntas objetivas:

1. Você foi tratado com respeito? (☐) Sim (☐) Não
2. Entendeu seu diagnóstico e tratamento? (☐) Sim (☐) Não
3. Recebeu orientações claras na alta? (☐) Sim (☐) Não
4. O tempo de espera foi adequado? (☐) Sim (☐) Não
5. Avaliação geral do atendimento:
(☐) Ótimo (☐) Bom (☐) Regular (☐) Ruim

9. Regras para uso dos indicadores

- Aplicar pesquisa de forma padronizada.
- Garantir anonimato.
- Definir amostra mínima.
- Realizar coleta periódica.
- Integrar os resultados à matriz de metas.
- Publicar resultados consolidados.

10. Vinculação ao contrato

Os indicadores de experiência do paciente devem:

- integrar a matriz de metas qualiquantitativas;
- possuir peso específico;
- influenciar na parcela variável do pagamento;
- gerar plano de melhoria quando metas não forem atingidas.

11. Cuidados na implementação

Evitar:

- pesquisas excessivamente longas;
- coleta informal sem registro;
- indicadores sem consequência;
- metas irreais.

Priorizar:

- ▶ simplicidade
- ▶ clareza
- ▶ periodicidade regular
- ▶ transparência

O paciente é a razão de existir do hospital.

Medir a experiência do paciente é medir se o hospital está cumprindo sua missão.

Sem indicador, não há monitoramento.

Sem monitoramento, não há melhoria.

Apêndice XII - **CHECKLIST DE EXIGIBILIDADE DA HUMANIZAÇÃO NO CONTRATO PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO**

Este checklist pode ajudar o gestor a verificar se a humanização do cuidado:

- Está formalmente prevista no contrato;
- Possui obrigações claras e mensuráveis;
- É monitorada por indicadores;
- Está vinculada a metas e consequências contratuais.

Ele deve ser aplicado antes da assinatura do contrato e durante revisões periódicas.

1. Identificação

Município/Região: _____

Hospital: _____

Instrumento contratual: _____

Data da verificação: ____ / ____ / ____

Responsável técnico: _____

2. Verificação da previsão contratual

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O contrato menciona explicitamente a humanização do cuidado?				
A humanização está descrita como obrigação do hospital?				
Há cláusula específica sobre acolhimento?				
Há cláusula sobre comunicação clara com o paciente?				
Há cláusula sobre respeito às preferências do paciente?				

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Há cláusula sobre direito a acompanhante?				
Há cláusula sobre alta humanizada e segura?				

3. Verificação da Mensurabilidade

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Existem indicadores de experiência do usuário definidos?				
A metodologia de coleta está definida?				
A periodicidade de avaliação está prevista?				
Há metas quantitativas para os indicadores?				
Os indicadores possuem fonte de dados clara?				

4. Verificação da vinculação a metas e consequências

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
A humanização integra a matriz de metas qualitativas?				
Existe peso específico para experiência do usuário?				
Há previsão de plano de melhoria em caso de meta não atingida?				
Há previsão de impacto na parcela variável do pagamento?				
Está assegurado direito de manifestação antes de eventual ajuste financeiro?				

5. Verificação da integração com a Rede de Atenção

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
A alta hospitalar prevê contrarreferência formal?				
O contrato exige comunicação com a atenção básica?				

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Existem mecanismos de escuta ativa do usuário (ouvidoria, pesquisa)?				

6. Avaliação Final

6.1 Grau de exigibilidade da humanização

- () Alto – Humanização claramente exigível, mensurável e vinculada a consequências
- () Médio – Humanização prevista, mas com lacunas de mensuração ou consequência
- () Baixo – Humanização apenas declaratória, sem mecanismos de exigibilidade

6.2 Pontos fortes identificados

6.3 Pontos críticos a ajustar

7. Critérios de alerta

A humanização não é exigível quando:

- Está prevista apenas em cláusula genérica;
- Não possui indicadores;
- Não possui metas;
- Não integra a matriz de pagamento;
- Não gera plano de melhoria;
- Não é monitorada periodicamente.

Se três ou mais desses pontos forem identificados, recomenda-se revisão contratual.

8. Declaração técnica

Declaro que o contrato foi analisado quanto à exigibilidade da humanização do cuidado e à sua vinculação a metas e consequências proporcionais.

Responsável técnico: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Humanização só é exigível quando:

- está escrita no contrato;
- pode ser medida;
- tem meta definida;
- gera consequência proporcional.

Sem isso, ela permanece apenas como intenção.

Com isso, ela se torna compromisso institucional com a dignidade do cidadão.

Apêndice XIII - **MODELOS DE CLÁUSULAS DE INTEGRAÇÃO EM REDE E DE ALTA RESPONSÁVEL PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO**

Este instrumento apresenta modelos de cláusulas contratuais que podem contribuir para garantir:

- integração do hospital à Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- regulação formal do acesso;
- fluxos de referência e contrarreferência;
- alta hospitalar responsável;
- continuidade do cuidado após a internação.

O objetivo é contribuir para transformar a integração em obrigação contratual clara, mensurável e exigível.

1. Cláusula geral de integração à rede

Cláusula – Integração à Rede de Atenção à Saúde

“O hospital compromete-se a atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, respeitando os fluxos de regulação, referência e contrarreferência definidos pelo gestor.”

“O hospital deverá garantir continuidade do cuidado após a alta, assegurando articulação com a atenção primária e demais pontos da rede.”

2. Cláusula de regulação do acesso

Cláusula – Acesso regulamentado

“O acesso aos serviços hospitalares contratualizados ocorrerá por meio de sistema formal de regulação, conforme normas do gestor.”

“O hospital não poderá instituir fluxos paralelos de acesso, salvo situações de urgência e emergência.”

“O cumprimento das regras de regulação será monitorado periodicamente.”

3. Cláusula de Referência

Cláusula – Fluxo de referência

“O hospital receberá pacientes encaminhados conforme critérios clínicos e protocolos pactuados.”

“Os encaminhamentos deverão conter informações clínicas mínimas padronizadas.”

“A área de abrangência do hospital deverá observar as pactuações regionais vigentes.”

4. Cláusula de contrarreferência

Cláusula – Comunicação de retorno à Rede

“O hospital deverá emitir relatório formal de contrarreferência para a unidade de origem do paciente, contendo:

- I. diagnóstico;
- II. procedimentos realizados;
- III. orientações terapêuticas;
- IV. recomendações para continuidade do cuidado.”

“O envio das informações deverá ocorrer por meio do sistema definido pelo gestor.”

5. Cláusula de alta hospitalar responsável

Cláusula – Alta responsável

“O hospital deverá assegurar que toda alta hospitalar seja acompanhada de:

- I. resumo de alta em linguagem clara;
- II. orientação verbal e escrita ao paciente e acompanhante;
- III. prescrição adequada de medicamentos;
- IV. encaminhamento formal para continuidade do cuidado;
- V. registro da contrarreferência.”

“A alta hospitalar deverá considerar a condição clínica do paciente e a capacidade da rede para absorver o cuidado subsequente.”

6. Cláusula de agendamento pós-alta

Cláusula – Agendamento na rede

“Quando indicado, o hospital deverá realizar agendamento prévio de consulta ou acompanhamento na rede de atenção primária ou especializada, antes da alta do paciente.”

“O percentual de altas com agendamento registrado será monitorado como indicador contratual.”

7. Cláusula de monitoramento da continuidade do cuidado

Cláusula – Indicadores de integração

“Serão monitorados os seguintes indicadores de integração:

- I. percentual de altas com contrarreferência formal registrada;
- II. taxa de reinternação em até 30 dias;
- III. percentual de pacientes com agendamento pós-alta;
- IV. número de encaminhamentos fora do sistema de regulação.”

8. Cláusula de articulação com atenção primária

Cláusula – Articulação com a atenção primária

“O hospital deverá manter canal institucional de comunicação com as equipes da atenção primária, garantindo troca de informações clínicas relevantes e alinhamento de protocolos.”

“Poderão ser realizadas reuniões periódicas de integração, com registro formal.”

9. Cláusula de plano de melhoria da integração

Cláusula – Plano de ação para integração

“Caso os indicadores de integração apresentem desempenho inferior à meta pactuada por dois ciclos consecutivos, o hospital deverá apresentar plano de ação contendo:

- I. análise das causas;
- II. medidas corretivas;
- III. prazos e responsáveis.”

10. Cláusula de Revisão dos Fluxos Assistenciais

Cláusula – Revisão periódica de fluxos

“Os fluxos de referência, contrarreferência e alta responsável poderão ser revisados anualmente ou quando houver mudança no perfil epidemiológico ou na pactuação regional.”

11. Cláusula integrada simplificada

Cláusula – Integração e alta responsável

“O hospital assume a obrigação de atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, garantindo regulação formal do acesso, fluxos padronizados de referência e contrarreferência e alta hospitalar responsável.”

“O cumprimento dessas obrigações será monitorado por indicadores definidos em anexo técnico, podendo impactar a parcela variável do pagamento.”

Recomendações técnicas

- As cláusulas devem estar acompanhadas de anexo técnico com indicadores e metas.
- A alta responsável deve integrar a matriz de metas quali-quantitativas.
- A reinternação em 30 dias deve ser monitorada como indicador de falha na transição do cuidado.
- A articulação com a atenção primária deve ser formal e registrada.
- O modelo deve evitar burocracia excessiva, mantendo foco na segurança e continuidade do cuidado.

A internação não pode ser o fim do cuidado.

O contrato hospitalar centrado no cidadão deve garantir que:

- o paciente entre pela porta certa,
- receba cuidado seguro,
- e saia com acompanhamento garantido.

Integração em rede não é detalhe administrativo.

É condição para proteger vidas.

Apêndice XIV - **FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA, CONTRARREFERÊNCIA E ALTA RESPONSÁVEL PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO**

Este fluxograma pode te ajudar a organizar, de forma simples e objetiva, o caminho do paciente:

1. Antes da internação (referência);
2. Durante a internação;
3. Após a alta (contrarreferência e continuidade do cuidado).

O objetivo é garantir:

- acesso regulado;
- cuidado seguro;

- comunicação clara;
- continuidade do acompanhamento na rede.

1. Fluxo geral do cuidado

ETAPA 1 – REFERÊNCIA (encaminhamento ao hospital)

1.1 Identificação da necessidade

- Paciente avaliado na Atenção Primária ou outro ponto da rede.
- Profissional identifica necessidade de atendimento hospitalar.

1.2 Encaminhamento formal

- Registro no sistema de regulação.
- Envio de informações clínicas mínimas:
 - ▶ hipótese diagnóstica;
 - ▶ exames realizados;
 - ▶ medicamentos em uso;
 - ▶ risco clínico.

1.3 Regulação

- Central de regulação avalia prioridade.
- Define hospital de referência.
- Informa data e horário.

Saída da etapa: Paciente admitido no hospital por fluxo regulado.

ETAPA 2 – INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2.1 Admissão

- Conferência de documentação clínica.
- Registro no prontuário.
- Identificação do responsável assistencial.

2.2 Cuidado hospitalar

- Aplicação de protocolos clínicos.
- Registro contínuo da evolução.
- Comunicação com paciente e acompanhante.

2.3 Planejamento da alta

- Iniciado desde o primeiro dia de internação.
- Avaliação da necessidade de acompanhamento pós-alta.
- Contato prévio com a rede quando necessário.

Saída da etapa: Paciente clinicamente estável para alta.

ETAPA 3 – ALTA RESPONSÁVEL

3.1 Avaliação de condições para alta

- Estabilidade clínica.
- Plano terapêutico definido.
- Medicação prescrita.

3.2 Orientação ao paciente

- Explicação verbal em linguagem simples.
- Entrega de resumo de alta.
- Orientação sobre sinais de alerta.

3.3 Encaminhamento formal

- Registro da contrarreferência.
- Envio de relatório à unidade de origem.
- Agendamento na atenção primária ou especializada, quando indicado.

Saída da etapa: Paciente retorna à rede com acompanhamento garantido.

ETAPA 4 – CONTRARREFERÊNCIA E CONTINUIDADE

4.1 Recebimento da informação

- Unidade de origem recebe relatório de alta.
- Registro no sistema local.

4.2 Acompanhamento

- Consulta agendada.
- Monitoramento de adesão ao tratamento.
- Acompanhamento de sinais de alerta.

4.3 Avaliação de reinternação

- Caso haja reinternação em até 30 dias, avaliar causa.
- Identificar possível falha na transição do cuidado.

2. Representação simplificada do fluxo

ATENÇÃO PRIMÁRIA

↓ (encaminhamento regulado)

CENTRAL DE REGULAÇÃO

↓

HOSPITAL

↓ (alta responsável + contrarreferência)

ATENÇÃO PRIMÁRIA / ESPECIALIZADA

↓

ACOMPANHAMENTO CONTÍNUO

3. Pontos críticos de controle

O gestor deve verificar:

- () O encaminhamento ocorre sempre via regulação formal?
- () O hospital recebe informações clínicas adequadas?
- () O planejamento da alta começa ainda na internação?
- () O resumo de alta é entregue ao paciente?
- () A contrarreferência é registrada formalmente?
- () Há agendamento pós-alta quando necessário?
- () Reinternações são analisadas tecnicamente?

4. Indicadores para monitorar o fluxo

Indicador	Objetivo
% de admissões via regulação	Evitar fluxo paralelo
% de altas com contrarreferência registrada	Garantir continuidade
% de altas com orientação formal	Assegurar compreensão
% de pacientes com agendamento pós-alta	Reduzir reinternação
Taxa de reinternação em 30 dias	Avaliar falha na transição

5. Obrigações contratuais relacionadas ao fluxo

O contrato deve prever:

- Regulação obrigatória do acesso;
- Emissão formal de relatório de alta;
- Registro de contrarreferência;
- Agendamento pós-alta quando indicado;
- Monitoramento de reinternações;
- Plano de melhoria em caso de falhas recorrentes.

6. Classificação do grau de integração

- () Baixo – Fluxos informais e sem registro
- () Médio – Fluxos definidos, mas com falhas de comunicação
- () Alto – Fluxos formalizados, monitorados e integrados à matriz de metas

7. Declaração técnica

Declaro que o fluxo de referência, contrarreferência e alta responsável está formalmente definido, monitorado e integrado à **contratualização hospitalar**.

Responsável técnico: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

O cuidado não termina na alta hospitalar.
Ele continua na rede.

Um hospital centrado no cidadão garante que o paciente:

- entre pelo caminho certo;
- receba cuidado seguro;
- saia com acompanhamento assegurado.

Sem fluxo organizado, há fragmentação.

Com fluxo formal e monitorado, há continuidade e proteção da vida.

Apêndice XV - CHECKLIST DE CONTINUIDADE DO CUIDADO PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO

Este checklist pode ajudar o gestor a verificar se o hospital garante continuidade do cuidado após a internação.

A continuidade do cuidado significa que o paciente:

- não fica sem acompanhamento após a alta;
- recebe orientação clara;
- retorna à rede de forma organizada;
- reduz risco de reinternação.

Este instrumento pode ser utilizado:

- na fase de elaboração do contrato;
- nas reuniões da Comissão de Acompanhamento;
- em auditorias;
- na revisão anual da contratualização.

1. Identificação

Município/Região: _____

Hospital: _____

Contrato nº: _____

Período avaliado: _____

Data da verificação: _____ / _____ / _____

Responsável técnico: _____

2. Verificação do acesso regulamentado

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O acesso ao hospital ocorre por regulação formal?				
Há registro de encaminhamento com informações clínicas mínimas?				
Há fluxos paralelos de acesso?				

3. Verificação do planejamento da alta

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O planejamento da alta inicia durante a internação?				
Há definição de responsável pelo acompanhamento pós-alta?				
Pacientes com doenças crônicas recebem plano de seguimento?				

4. Verificação da alta responsável

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O paciente recebe resumo de alta por escrito?				
O paciente recebe orientação verbal clara?				
Há registro de prescrição adequada de medicamentos?				
O paciente é orientado sobre sinais de alerta?				

5. Verificação da contrarreferência

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Há emissão formal de relatório de contrarreferência?				
A unidade de origem recebe as informações?				
O envio ocorre por sistema oficial ou meio formal definido?				

6. Verificação do agendamento pós-alta

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O hospital agenda consulta na atenção primária quando indicado?				
O hospital agenda consulta especializada quando necessário?				
O agendamento é registrado formalmente?				

7. Monitoramento de reinternações

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
A taxa de reinternação em até 30 dias é monitorada?				
Há análise técnica das causas de reinternação?				
Há plano de melhoria quando a taxa ultrapassa a meta?				

8. Indicadores de continuidade do cuidado

Registrar os valores do período:

- % de altas com contrarreferência formal: _____
- % de pacientes com agendamento pós-alta: _____
- Taxa de reinternação em 30 dias: _____
- % de altas com orientação registrada: _____

Avaliação geral:

- () Adequada
- () Requer ajustes
- () Crítica

9. Pontos críticos identificados

10. Plano de ação (se necessário)

Problema identificado:

Medida corretiva:

Responsável: _____

Prazo: _____ / _____ / _____

11. Classificação do Grau de Continuidade

- () Baixo – Alta fragmentada, sem integração formal
- () Médio – Fluxos definidos, mas com falhas recorrentes
- () Alto – Fluxo integrado, monitorado e com baixa reinternação evitável

12. Declaração técnica

Declaro que a continuidade do cuidado foi avaliada com base nos critérios acima, considerando a segurança e a proteção do cidadão.

Responsável técnico: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Critérios de alerta

A continuidade do cuidado é considerada insuficiente quando:

- não há contrarreferência formal;
- não há agendamento pós-alta;
- reinternações são frequentes e não analisadas;
- o paciente não recebe orientação clara;
- há falhas recorrentes na comunicação com a rede.

Se dois ou mais desses problemas forem identificados, recomenda-se revisão contratual.

Alta hospitalar não pode significar abandono do paciente.

Continuidade do cuidado é obrigação institucional.

Quando o contrato garante integração real com a rede, ele protege o cidadão e melhora os resultados em saúde.

Apêndice XVI - **ROTEIRO DE CICLO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO CONTRATUAL PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO**

Este roteiro pode contribuir para a implantação de um ciclo contínuo de monitoramento e avaliação da **contratualização hospitalar**.

O objetivo é garantir que o contrato:

- produza impacto real para o cidadão;
- seja acompanhado com dados confiáveis;
- permita ajustes periódicos de metas, recursos e estratégias.

O ciclo deve ser formal, periódico e registrado.

1. Estrutura do ciclo de monitoramento

O ciclo é composto por cinco etapas:

1. Coleta de dados
2. Análise técnica
3. Reunião de avaliação
4. Deliberação e plano de ação
5. Revisão contratual (quando necessária)

2. Etapa 1 – Coleta de dados

Periodicidade

- Mensal: produção, acesso e ocupação de leitos
- Trimestral: segurança, desfechos e parcela variável
- Anual: avaliação global do contrato

Dados mínimos necessários

Acesso

- Volume contratado x realizado
- Tempo médio de espera
- Taxa de ocupação

Segurança

- Taxa de infecção hospitalar
- Eventos adversos notificados

Desfechos clínicos

- Mortalidade ajustada por risco
- Reinternação em 30 dias
- Alta hospitalar com contrarreferência

Experiência do usuário

- Índice de satisfação
- Percepção de comunicação clara

Todos os dados devem ter:

- fonte definida;
- metodologia clara;
- responsável técnico indicado.

3. Etapa 2 – Análise técnica

Antes da reunião formal, a equipe técnica deve:

- consolidar os dados;

- comparar desempenho com metas pactuadas;
- identificar tendências;
- apontar riscos assistenciais;
- registrar variações significativas.

A análise deve responder:

- O hospital está cumprindo metas?
- Houve melhora ou piora?
- Há risco para o cidadão?
- Há distorção entre produção e qualidade?

4. Etapa 3 – Reunião de avaliação

Periodicidade recomendada

- Mensal (produção e acesso)
- Trimestral (desempenho global)
- Anual (revisão estratégica)

Participantes

- Representante da Secretaria de Saúde
- Representante do hospital
- Comissão de Acompanhamento
- Área técnica responsável

Perguntas-chave

1. O acesso está adequado?
2. A segurança melhorou?
3. Os desfechos clínicos evoluíram?
4. A experiência do paciente melhorou?
5. Há indícios de superlotação?
6. Há subutilização de estrutura?
7. O modelo de pagamento está adequado?

Todas as decisões devem ser registradas em ata.

5. Etapa 4 – Plano de ação

Se houver meta não atingida ou risco identificado:

- Definir problema;
- Identificar causa provável;
- Estabelecer medidas corretivas;
- Definir responsáveis;
- Estabelecer prazos;
- Definir indicador de acompanhamento.

O plano deve ser formalizado e acompanhado no ciclo seguinte.

6. Etapa 5 – Revisão contratual

A revisão pode ser necessária quando houver, por exemplo:

- mudança epidemiológica;
- aumento relevante de demanda;
- emergência sanitária;
- alteração na pactuação regional;
- persistente descumprimento de metas;
- distorção entre metas e realidade assistencial.

A revisão pode envolver:

- redefinição de metas;
- ajuste de pesos na matriz;
- redimensionamento de leitos;
- readequação de valores;
- atualização de indicadores.

A revisão deve ser formalizada por termo aditivo.

7. Cronograma Modelo do Ciclo

Mês	Atividade
Janeiro	Avaliação anual e redefinição de metas
Mensal	Monitoramento de produção e acesso
Março	Avaliação trimestral
Junho	Avaliação trimestral
Setembro	Avaliação trimestral
Dezembro	Consolidação anual e planejamento

8. Indicadores de qualidade do próprio monitoramento

O ciclo de monitoramento é adequado quando:

- As reuniões ocorrem regularmente
- As decisões são registradas em ata
- Os dados são auditáveis
- Há plano de ação formal
- As metas são ajustadas quando necessário
- O foco vai além da produção

9. Classificação do grau de maturidade do monitoramento

- () Inicial – monitoramento focado apenas em produção
- () Intermediário – monitoramento inclui segurança e desfechos
- () Avançado – monitoramento integrado, com revisão estratégica periódica

10. Declaração de conformidade

Declaro que o ciclo de monitoramento e avaliação contratual está formalmente instituído e orientado a resultados assistenciais centrados no cidadão.

Responsável técnico: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Contrato não é documento estático.

É instrumento vivo de gestão.

Monitorar continuamente significa:

- identificar problemas cedo;
- corrigir rumos rapidamente;
- proteger o cidadão;
- garantir melhor uso do recurso público.

Sem ciclo estruturado, não há melhoria sustentável.

Apêndice XVII - **MODELO DE ATA DE REUNIÃO DE AVALIAÇÃO FOCADA NO CIDADÃO - COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO (CAC) HOSPITALAR**

Este modelo pode contribuir para o registro formal das reuniões de avaliação da **contratualização hospitalar**.

A reunião deve focar:

- impacto real sobre o cidadão;
- acesso, segurança e desfechos;
- experiência do paciente;
- necessidade de ajustes contratuais.

A ata deve ser clara, objetiva e baseada em dados.

ATA DA REUNIÃO DE AVALIAÇÃO CONTRATUAL

Foco no impacto ao cidadão

1. Identificação

Município/Região: _____

Hospital: _____

Instrumento contratual: _____

Data da reunião: ____ / ____ / ____

Local/Modalidade: _____

2. Participantes

Nome	Cargo	Instituição

3. Objetivo da reunião

Avaliar o desempenho contratual do hospital com foco em:

- acesso ao serviço;

- segurança do paciente;
- desfechos clínicos;
- experiência do usuário;
- cumprimento das metas pactuadas.

4. Análise por dimensão

4.1 Acesso

Indicadores analisados:

- Volume contratado x realizado: _____
- Tempo médio de espera: _____
- Taxa de ocupação de leitos: _____

Conclusão sobre acesso:

- () Adequado
 () Parcialmente adequado
 () Insuficiente

Comentários técnicos:

4.2 Segurança do paciente

Indicadores analisados:

- Taxa de infecção hospitalar: _____
- Eventos adversos notificados: _____
- Mortalidade ajustada por risco: _____

Conclusão sobre segurança:

- () Estável
() Melhorou
() Piorou

Riscos identificados:

4.3 Desfechos clínicos

Indicadores analisados:

- Reinternação em 30 dias: _____
- Alta hospitalar com contrarreferência: _____
- Complicações relevantes: _____

Impacto para o cidadão:

- () Positivo
- () Neutro
- () Negativo

Análise:

4.4 Experiência do usuário

Indicadores analisados:

- Índice de satisfação: _____
- Percepção de comunicação clara: _____
- Reclamações registradas: _____

Avaliação:

- () Satisfatória
- () Requer melhoria
- () Crítica

Principais manifestações dos usuários:

5. Avaliação global do desempenho

O hospital:

- () Cumpriu integralmente as metas
- () Cumpriu parcialmente as metas
- () Não cumpriu metas relevantes

Principais fatores explicativos:

6. Decisões e deliberações

Após análise técnica, a Comissão deliberou:

- () Manter metas atuais
- () Ajustar metas
- () Solicitar plano de ação corretivo

- () Revisar matriz de indicadores
- () Avaliar necessidade de termo aditivo

Descrição das decisões:

7. Plano de ação (quando aplicável)

Problema identificado:

Medidas corretivas:

Responsável: _____

Prazo: _____ / _____ / _____

Indicador de acompanhamento: _____

8. Avaliação da parcela variável (se aplicável)

Pontuação alcançada: _____

Percentual da parcela variável devida: _____

Observações:

9. Necessidade de revisão contratual

Há necessidade de revisão contratual?

() Não

() Sim – Justificar:

10. Encaminhamentos

Encaminhamentos definidos para o próximo ciclo:

Data da próxima reunião: ____ / ____ / ____

11. Encerramento

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada e a presente ata foi lavrada, lida e aprovada pelos participantes.

Assinaturas:

Orientações de uso

- ▶ A ata deve ser elaborada após cada ciclo de avaliação.
- ▶ Deve ser anexada ao processo administrativo da contratualização.
- ▶ Deve registrar dados objetivos, não apenas opiniões.
- ▶ Deve permitir rastreabilidade das decisões.

A reunião de avaliação deve responder uma pergunta central:

O contrato está melhorando a vida do cidadão?

Se a resposta não estiver clara nos dados, o contrato precisa ser ajustado.

Apêndice XVIII - **MATRIZ DE READEQUAÇÃO DE METAS E RECURSOS PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO**

Esta matriz pode contribuir com o gestor na revisão de metas e recursos do contrato hospitalar quando houver, por exemplo:

- mudança no perfil epidemiológico;
- aumento ou redução de demanda;
- persistente descumprimento de metas;
- alteração na pactuação regional;
- emergência sanitária;
- distorção entre produção e qualidade.

A readequação deve ser técnica, fundamentada e registrada formalmente.

1. Identificação

Município/Região: _____

Hospital: _____

Contrato nº: _____

Período avaliado: _____

Data da análise: _____ / _____ / _____

Responsável técnico: _____

2. Motivo da readequação

Marcar a(s) causa(s):

- () Mudança epidemiológica
- () Aumento relevante da demanda
- () Redução da demanda
- () Superlotação persistente
- () Ociosidade estrutural
- () Desempenho inferior às metas
- () Alteração na pactuação regional
- () Emergência sanitária
- () Ajuste orçamentário
- () Outro: _____

Descrição resumida do contexto:

3. Matriz de análise técnica

Dimensão	Meta Atual	Resultado Observado	Problema Identificado	Necessidade de Ajuste (Sim/Não)
Acesso				
Segurança				
Desfecho Clínico				
Experiência do Usuário				
Produção				

4. Proposta de readequação de metas

Dimensão	Meta Atual	Nova Meta Proposta	Justificativa Técnica	Prazo de Implementação

A nova meta deve ser:

- ▶ Mensurável
- ▶ Compatível com a capacidade instalada
- ▶ Alinhada ao diagnóstico da população
- ▶ Compatível com a pactuação regional

5. Proposta de readequação de recursos

Tipo de Recurso	Situação Atual	Ajuste Proposto	Justificativa	Impacto Financeiro Estimado
Leitos				
Equipe				
Equipamentos				
Valor Contratual				
Parcela Variável				

6. Avaliação do impacto para o cidadão

A readequação proposta:

- () Melhora o acesso
- () Reduz risco assistencial
- () Melhora desfechos clínicos
- () Melhora experiência do usuário
- () Corrige distorções financeiras

Descrição do impacto esperado:

7. Análise de riscos da readequação

Risco Potencial	Probabilidade	Impacto	Medida Mitigadora

8. Deliberação da Comissão de Acompanhamento

Após análise técnica, a Comissão deliberou:

- () Aprovar a readequação proposta
- () Aprovar parcialmente
- () Solicitar ajustes adicionais
- () Não aprovar

Justificativa da decisão:

9. Forma de formalização

A readequação será formalizada por:

- () Termo aditivo⁷⁸
- () Apostilamento
- () Revisão anual prevista no contrato
- () Outro instrumento formal

10. Monitoramento pós-reaquequação

Definir:

- Indicadores prioritários de acompanhamento:

- Prazo de avaliação da nova meta:

⁷⁸ Utiliza-se o termo aditivo quando há uma alteração contratual, como, por exemplo, aumento ou redução de metas. Utiliza-se o apostilamento quando a modificação no contrato não significa necessariamente uma alteração, como, por exemplo, o reajuste que já esteja previsto em cláusula contratual.

- Responsável pelo acompanhamento:
-

11. Classificação do grau de ajuste

- () Ajuste Pontual – pequena correção
- () Ajuste Estrutural – mudança significativa de perfil
- () Ajuste Estratégico – redefinição de prioridades

12. Declaração técnica

Declaro que a proposta de readequação foi fundamentada em dados assistenciais, análise técnica e foco no impacto ao cidadão.

Responsável técnico: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Orientações importantes

- Readequação não deve ser automática.
- Deve ser baseada em dados confiáveis.
- Deve priorizar segurança e desfechos.

- Deve evitar incentivo a aumento de produção sem qualidade.
- Deve manter equilíbrio financeiro do serviço.

Contrato não é documento imutável.

Se a realidade muda, o contrato deve mudar.

Readequar metas e recursos é sinal de gestão responsável e compromisso com o cidadão.

Apêndice XIX - **MODELOS DE CLÁUSULAS DE TRANSPARÊNCIA ATIVA PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO**

Este instrumento apresenta modelos de cláusulas contratuais que podem contribuir para tornar a transparência:

- obrigação formal do hospital;
- instrumento de controle social;
- mecanismo de proteção do cidadão;
- requisito para boa governança.

Transparência ativa significa divulgar informações relevantes sem necessidade de solicitação do cidadão.

1. Cláusula geral de transparência ativa

Cláusula – Transparência e publicidade das informações

“O hospital compromete-se a assegurar transparência ativa na execução deste contrato, divulgando periodicamente informações claras e acessíveis sobre metas, desempenho assistencial, critérios de acesso e utilização dos recursos públicos.”

“As informações deverão ser apresentadas em linguagem simples, de fácil compreensão para o cidadão.”

2. Cláusula de divulgação de metas e resultados

Cláusula – Publicação de metas e desempenho

“O hospital deverá divulgar, de forma periódica, as metas pactuadas neste contrato e os respectivos resultados alcançados.”

“A divulgação deverá conter explicação clara sobre:

- I. o que foi pactuado;
- II. o que foi alcançado;
- III. o que precisa melhorar.”

3. Cláusula de transparência sobre filas e acesso

Cláusula – Informação sobre tempo de espera

“O hospital deverá divulgar informações atualizadas sobre tempo médio de espera para procedimentos eletivos e consultas especializadas.”

“As informações deverão indicar critérios de priorização e forma de acesso à regulação.”

4. Cláusula de alimentação de sistemas oficiais

Cláusula – Atualização de sistemas de informação

“O hospital deverá alimentar corretamente e no prazo os sistemas oficiais de informação do SUS, conforme normativos vigentes.”

“O descumprimento da obrigação de alimentação adequada dos sistemas poderá ensejar medidas corretivas.”

5. Cláusula de relatório simplificado ao cidadão

Cláusula – Relatório público simplificado

“O hospital deverá elaborar relatório anual simplificado, em linguagem simples, contendo:

- I. principais serviços prestados;
- II. metas pactuadas e resultados;
- III. indicadores de segurança;
- IV. índice de satisfação do usuário.”

“O relatório deverá ser disponibilizado em meio digital e físico acessível.”

6. Cláusula de transparência financeira

Cláusula – Publicidade dos recursos recebidos

“O hospital deverá divulgar o valor global do contrato, incluindo parcela fixa e parcela variável, bem como os valores efetivamente recebidos por fonte de recurso.”

“As informações deverão permitir compreensão clara da relação entre desempenho e pagamento.”

7. Cláusula de indicadores de transparência

Cláusula – Monitoramento da transparência

“Serão monitorados os seguintes indicadores de transparência:

- I. percentual de informações publicadas no prazo;
- II. atualização regular das filas;
- III. tempo de resposta às manifestações da ouvidoria.”

8. Cláusula de linguagem acessível

Cláusula – Comunicação em linguagem simples

“As informações divulgadas deverão utilizar linguagem simples, evitando termos técnicos sem explicação e apresentando dados de forma clara e objetiva.”

“Siglas deverão ser acompanhadas de sua explicação.”

9. Cláusula de canal de comunicação com o cidadão

Cláusula – Ouvidoria e comunicação direta

“O hospital deverá manter canal ativo de ouvidoria e divulgar amplamente os meios de contato para registro de reclamações, sugestões e elogios.”

“O tempo médio de resposta às manifestações será monitorado.”

10. Cláusula de consequência pelo descumprimento

Cláusula – Medidas em caso de omissão de informações

“O descumprimento das obrigações de transparência poderá ensejar:

- I. notificação formal;
- II. exigência de plano de correção;
- III. registro na avaliação de desempenho contratual.”

11. Cláusula integrada simplificada

Cláusula – Transparência ativa e controle social

“O hospital assume a obrigação de divulgar, em linguagem clara e acessível, informações essenciais sobre metas, desempenho assistencial, critérios de acesso, filas e utilização de recursos públicos.”

“A transparência integra a avaliação contratual e constitui requisito para manutenção da confiança e do controle social.”

Recomendações técnicas

- As cláusulas devem estar acompanhadas de anexo técnico com periodicidade de publicação.
- A divulgação deve ocorrer preferencialmente em meio digital.
- Os relatórios devem ser padronizados.
- A informação deve ser compreensível para pessoas sem formação técnica.
- Transparência deve ser integrada ao ciclo de monitoramento.

Transparência não é exposição indevida.

É proteção do cidadão.

Quando o hospital divulga metas, resultados e critérios de acesso de forma clara, ele fortalece:

- a confiança;
- o controle social;
- a qualidade da gestão;
- a legitimidade do SUS.

Apêndice XX - **EXEMPLOS DE RELATÓRIOS SIMPLIFICADOS VOLTADOS AO CIDADÃO PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO**

Este instrumento apresenta exemplo de relatórios simplificados que podem ajudar a divulgar, ao cidadão, informações claras sobre:

- serviços prestados;
- metas pactuadas;
- resultados alcançados;
- tempo de espera;
- qualidade e segurança;
- uso dos recursos públicos.

O relatório simplificado deve:

- usar linguagem clara

- ▶ evitar termos técnicos sem explicação
- ▶ apresentar dados de forma visual simples
- ▶ destacar o que melhorou e o que precisa melhorar
- ▶ ter no máximo 2 a 4 páginas

EXEMPLO 1 – RELATÓRIO TRIMESTRAL SIMPLIFICADO

Hospital _____

Período: _____

1. O que o hospital fez neste período?

- Internações realizadas: _____
- Cirurgias realizadas: _____
- Atendimentos de urgência: _____

2. Como está o tempo de espera?

Serviço	Tempo Médio de Espera
Cirurgia eletiva	_____ dias
Consulta especializada	_____ dias

O tempo de espera:

- () Melhorou
- () Permaneceu igual
- () Aumentou

Explicação simples:

3. Segurança do paciente

Infecção hospitalar: _____ %

Meta pactuada: _____ %

- () Atingiu a meta
- () Não atingiu

O que isso significa?

4. Reinternações

Reinternação em até 30 dias: _____ %

Meta pactuada: _____ %

Isso indica se o paciente precisou voltar ao hospital pouco tempo após a alta.

Situação atual:

5. Alta hospitalar

Pacientes que saíram com orientação por escrito: _____ %

Pacientes com encaminhamento para acompanhamento: _____ %

6. Avaliação dos usuários

Índice de satisfação geral: _____ %

A maioria dos pacientes avaliou o atendimento como:

() Ótimo

() Bom

() Regular

() Ruim

7. Uso dos recursos públicos

Valor recebido no período (incluir todas as fontes): R\$ _____

Parte fixa: R\$ _____

Parte variável por desempenho: R\$ _____

8. O que melhorou?

9. O que precisa melhorar?

10. Como o cidadão pode participar?

Canal da ouvidoria: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

EXEMPLO 2 – RELATÓRIO ANUAL AO CIDADÃO

Hospital _____

Ano: _____

Resumo do ano

Neste ano, o hospital:

- ▶ Realizou _____ internações
- ▶ Fez _____ cirurgias
- ▶ Atendeu _____ pacientes na urgência

Principais resultados

Indicador	Resultado	Meta	Situação
Infecção hospitalar			() Cumpriu
Reinternação			() Cumpriu
Satisfação do usuário			() Cumpriu
Alta com orientação			() Cumpriu

Tempo médio de espera

Cirurgia eletiva: _____ dias

Consulta especializada: _____ dias

Comparação com o ano anterior:

() Melhorou

() Permaneceu igual

() Piorou

O que foi feito para melhorar o atendimento?

O que será prioridade no próximo ano?

Transparência financeira

Valor total do contrato: R\$ _____

Valor pago por desempenho: R\$ _____

O pagamento variável depende do cumprimento de metas.

EXEMPLO 3 – RELATÓRIO RESUMO EM UMA PÁGINA

Hospital _____

Período _____

Atendimento

Internações: _____

Cirurgias: _____

Segurança

Infecção hospitalar: _____ %

Meta: _____ %

Reinternação

Resultado: _____ %

Satisfação

Avaliação positiva: _____ %

Tempo de espera

Cirurgia: _____ dias

O que melhorou?

O que precisa melhorar?

Recomendações para elaboração

O relatório deve:

- usar frases curtas;

- evitar siglas sem explicação;
- usar gráficos simples;
- destacar pontos positivos e negativos;
- apresentar dados comparativos;
- informar canais de participação do cidadão.

Evitar:

- excesso de termos técnicos;
- tabelas complexas;
- linguagem jurídica;
- relatórios longos.

Indicadores mínimos recomendados

- ▶ Volume de atendimento
- ▶ Tempo de espera
- ▶ Infecção hospitalar
- ▶ Reinternação
- ▶ Alta com orientação
- ▶ Satisfação do usuário
- ▶ Valor recebido

Relatório simplificado não é resumo superficial.

É instrumento de respeito ao cidadão.

Quando o hospital comunica de forma clara:

- fortalece a confiança;
- reduz conflitos;
- amplia o controle social;
- melhora a qualidade do cuidado.

Apêndice XXI - CHECKLIST DE REDUÇÃO DA ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR CENTRADA NO CIDADÃO

Este checklist pode ajudar o gestor a verificar se o contrato hospitalar reduz a assimetria de informação entre:

- gestor,
- hospital,
- cidadão.

Reduzir a assimetria significa garantir que informações essenciais sejam:

- claras,
- acessíveis,
- atualizadas,
- compreensíveis.

O instrumento pode ser utilizado:

- na elaboração do contrato;
- nas reuniões da Comissão de Acompanhamento;
- em auditorias;
- na revisão anual da contratualização.

1. Identificação

Município/Região: _____

Hospital: _____

Contrato nº: _____

Período avaliado: _____

Data da verificação: ____ / ____ / ____

Responsável técnico: _____

2. Verificação da transparência contratual

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O contrato contém cláusula de transparência ativa?				
Há previsão de divulgação de metas pactuadas?				

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Há previsão de divulgação de resultados assistenciais?				
A parcela variável e seus critérios são divulgados?				

3. Verificação de informações essenciais ao cidadão

Informação	Divulgada? (Sim/Não)	Atualizada?	Observação
Crêditos de acesso			
Funcionamento da regulação			
Tempo médio de espera			
Número de pacientes em fila			
Metas de desempenho			
Resultados assistenciais			
Valor do contrato			

4. Verificação da linguagem utilizada

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
As informações são apresentadas em linguagem simples?				
Siglas são explicadas?				
Termos técnicos são traduzidos para linguagem acessível?				
Os relatórios possuem resumo explicativo?				

5. Verificação da alimentação de sistemas oficiais

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
O hospital alimenta os sistemas oficiais no prazo?				
Há consistência entre dados publicados e dados oficiais?				
Há validação técnica dos dados divulgados?				

6. Verificação da prestação de contas

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Há prestação de contas periódica?				
A prestação inclui resultados assistenciais?				
A prestação é compreensível ao cidadão?				

7. Verificação de canais de comunicação

Pergunta	Sim	Não	Parcial	Observação
Existe ouvidoria ativa?				
O tempo de resposta é monitorado?				
As manifestações dos usuários são analisadas?				

8. Avaliação Geral

Grau de redução da assimetria

- () Alto – Informações claras, acessíveis e atualizadas
- () Médio – Informações divulgadas, mas com lacunas
- () Baixo – Informações limitadas ou de difícil compreensão

9. Pontos fortes identificados

10. Pontos críticos a ajustar

11. Plano de melhoria (se necessário)

Problema identificado:

Medida corretiva:

Responsável: _____

Prazo: _____ / _____ / _____

12. Critérios de alerta

A assimetria de informação permanece elevada quando:

- metas não são divulgadas;
- filas não são transparentes;
- linguagem é excessivamente técnica;
- relatórios são incompreensíveis;
- dados não são atualizados;
- não há canal efetivo de comunicação.

Se três ou mais desses problemas forem identificados, recomenda-se revisão contratual.

13. Declaração técnica

Declaro que a **contratualização hospitalar** foi avaliada quanto à transparência, clareza das informações e redução da assimetria entre gestor, hospital e cidadão.

Responsável técnico: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Quando a informação é clara:

- o cidadão entende seus direitos;
- o gestor toma decisões melhores;
- o hospital fortalece sua credibilidade.

Reduzir a assimetria de informação é proteger o usuário e fortalecer o SUS.

ANEXO



Anexo I – INSTRUMENTOS DE FORMALIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Quadro 1 – Modalidade de contratualização com hospitais públicos no SUS, integrantes da administração direta ou indireta – esfera de governo: Federal

Tipo de hospital	Gerência		Tipo	Gestão	Tipo de Instrumento
Hospitais do MS (unidades administrativas)	Federal	Direta do MS	Externa	Municipal	Convênio
Empresa Estatal vinculada ao MS	Federal	Direta da própria empresa	Externa	Municipal	Contrato administrativo
Unidades administrativas de autarquias e fundações vinculadas ao Ministério da Educação (MEC)	Federal	Direta das próprias autarquias e fundações	Externa	Estadual ou Municipal	Convênio
					Contrato administrativo

Tipo de hospital	Gerência		Tipo	Gestão	Tipo de Instrumento
Empresas públicas vinculadas ao MEC: HCPA e EBESERH	Federal	Direta da própria empresa pública supervisão do MEC	Externa	Estadual ou Municipal	Convênio
					Contrato administrativo

Fonte: SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. CAMPOS, Thiago Lopes Cardoso Campos. Contratualização no SUS: principais conceitos e modelos de contratualização de desempenho institucional no Sistema Único de Saúde. – Curitiba: CRV, 2021. – Adaptado

Quadro 2 – Modalidade de contratualização com hospitais públicos no SUS, integrantes da administração direta ou indireta – esfera de governo: Estado

Tipo de hospital	Gerência		Tipo	Gestão	Tipo de Instrumento
Hospitais da estrutura da SES (Unidades Administrativas)	Estadual	Direta da SES	Interna	Estadual	Termo de compromisso ou contrato de gestão
			Externa	Municipal	PCEP – Protocolo entre Entes Públicos

Tipo de hospital	Gerência		Tipo	Gestão	Tipo de Instrumento
Autarquias ou fundações estaduais	Estadual	Direta da autarquia / fundação Supervisão da Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Interna	Estadual	Termo de compromisso ou contrato de gestão.
			Externa	Municipal	Convênio
Empresa Estatal estadual (empresa pública e sociedade de economia mista)	Estadual	Direta da própria empresa estatal supervisão da SES	Interna	Estadual	Contrato administrativo (Estatal independente)
			Externa	Municipal	Termo de Compromisso ou contrato de gestão (Estatal dependente)
Consórcio Públicos (Estadual / Municipal) (associação pública)	Interfederativa	Direta do próprio consórcio público. Supervisão da Assembleia Geral do Consórcio.	Interna	Estadual ou Municipal exercida pelo ente indicado no contrato de consórcio	Contrato Administrativo
					Termo de compromisso celebrado com o gestor responsável

Fonte: SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. CAMPOS, Thiago Lopes Cardoso Campos. Contratualização no SUS: principais conceitos e modelos de contratualização de desempenho institucional no Sistema Único de Saúde. – Curitiba: CRV, 2021. – Adaptado

Quadro 3 – Modalidade de contratualização com hospitais públicos no SUS, integrantes da administração direta ou indireta – esfera de governo: Município

Tipo de hospital	Gerência		Tipo	Gestão	Tipo de Instrumento
Hospitais da estrutura da SMS	Municipal	Direta da SMS	Externa	Estadual	PCEP – Protocolo entre Entes Públicos
			Interna	Municipal	Termo de Compromisso ou contrato de gestão
Autarquias ou fundações públicas municipais	Municipal	Direta da autarquia / fundação supervisão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Externa	Estadual	Convênio
			Interna	Municipal	Termo de Compromisso ou contrato de gestão
Empresa Estatal estadual (empresa pública e sociedade de economia mista)	Municipal	Direta da própria empresa estatal Supervisão da SMS	Externa	Estadual	Contrato administrativo
			Interna	Municipal	Termo de Compromisso ou contrato de gestão (Estatal dependente)
					Contrato administrativo (Estatal independente)

Tipo de hospital	Gerência		Tipo	Gestão	Tipo de Instrumento
Consórcio Público Municipal	Inter federativa	Direta do próprio consórcio público (Supervisão da Assembleia Geral do Consórcio)	Externa	Estadual	Convênio
			Interna	Municipal exercida pelo ente indicado no consórcio	Termo de Compromisso ou contrato de gestão
					Contrato Administrativo

Fonte: SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. CAMPOS, Thiago Lopes Cardoso Campos. Contratualização no SUS: principais conceitos e modelos de contratualização de desempenho institucional no Sistema Único de Saúde. – Curitiba: CRV, 2021. - Adaptado

Quadro 4 – Modalidade de contratualização com hospitais civis com ou sem fins lucrativos integrantes do SUS, dentro do instituto da participação complementar

Tipo de hospital	Gerência	Tipo	Gestão	Tipo de ajuste
Natureza jurídica: entidade civil sem fins lucrativos (sem fins econômicos)				
Entidade paraestatal (SSA e outros)	Gerência privada, exercida pela própria entidade Supervisão do gestor do SUS signatário do ajuste.	Externa	Estadual ou Municipal (conforme a instância de governo signatária do ajuste)	Contrato de gestão, convênio ou outro previsto em Lei

Tipo de hospital	Gerência	Tipo	Gestão	Tipo de ajuste
Natureza jurídica: entidade civil sem fins lucrativos (sem fins econômicos)				
Consórcios administrativos privados: instituídos na forma da Lei 11.107/2005	Gerência privada, exercida pela própria entidade. Supervisão do ajuste pelo gestor do SUS signatário	Externa	Estadual ou Municipal (dependendo da instância de governo signatária do ajuste)	Convênio
				Contrato administrativo
Organização Social	Gerência privada, exercida pela própria entidade. Supervisão do CG pelo gestor do SUS signatário.	Externa	Estadual ou Municipal (conforme a instância de governo signatária do ajuste)	Contrato de gestão
Oscip	Gerência privada, exercida pela própria entidade. Supervisão do Termo de Parceria (TP) pelo gestor do SUS signatário.	Externa	Estadual ou Municipal (conforme a instância de governo signatária do ajuste)	Termo de parceria ou convênio administrativo
				Contrato administrativo

Tipo de hospital	Gerência	Tipo	Gestão	Tipo de ajuste
Natureza jurídica: entidade civil sem fins lucrativos (sem fins econômicos)				
Fundação de Apoio	Gerência privada, exercida pela própria entidade. Supervisão do contrato ou convênio pelo gestor do SUS signatário.	Externa	Estadual ou Municipal (conforme a instância de governo signatária do ajuste)	Convênio
				Contrato Administrativo
Demais associações ou fundações civis	Gerência privada, exercida pela própria entidade. Supervisão do contrato ou convênio pelo gestor do SUS signatário.	Externa	Estadual ou Municipal (conforme a instância de governo signatária do ajuste)	Convênio
				Contrato administrativo

Tipo de hospital	Gerência	Tipo	Gestão	Tipo de ajuste
Natureza jurídica: entidade civil sem fins lucrativos (sem fins econômicos)				
Entidades filantrópicas (associações ou fundações civis sem fins lucrativos com CEBAS)	Gerência privada, exercida pela própria entidade. Supervisão do contrato ou convênio pelo gestor do SUS signatário.	Externa	Estadual ou Municipal (conforme a instância de governo signatária do ajuste)	Convênio
				Contrato administrativo
				Acordo de cooperação ou outro ajuste do gênero
Natureza jurídica: entidades civis com fins lucrativos				
Empresas privadas	Gerência privada, exercida pela própria entidade. Supervisão do contrato pelo gestor do SUS signatário.	Externa	Estadual ou Municipal (conforme a instância de governo signatária do ajuste)	Contrato administrativo

Fonte: SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. CAMPOS, Thiago Lopes Cardoso Campos. Contratualização no SUS: principais conceitos e modelos de contratualização de desempenho institucional no Sistema Único de Saúde. – Curitiba: CRV, 2021. - Adaptado

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS



GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – Desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem vascular, provocando alterações nos planos cognitivo e sensório-motor, de acordo com a área e a extensão da lesão.

ALTA PRECOCE – Alta hospitalar concedida antes da estabilização clínica adequada e sem articulação segura com a rede de atenção, podendo resultar em reinternação, complicações ou piora do desfecho clínico.

APOSTILAMENTO – Registros que não caracterizam alteração do contrato.

ATENÇÃO PRIMÁRIA (ATENÇÃO BÁSICA) – Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) – Cateter vascular inserido no coração ou próximo dele ou em grandes vasos para infusão de medicamentos ou nutrição, coleta de sangue ou monitorização hemodinâmica. São considerados grandes vasos: artérias pulmonares, veia cava superior, veia cava inferior, tronco braquiocéfálico, veias jugulares, veias subclávias, veia ilíaca externa e veia femoral. Em neonatos, cateteres umbilicais são considerados centrais.

CIRURGIA ELETIVA – Procedimento cirúrgico preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser

programado de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – Instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, composta por Estado e Municípios.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – Instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde.

CONTRARREFERÊNCIA – Mecanismo formal de devolução do usuário ao ponto de atenção de origem ou a outro serviço da Rede de Atenção à Saúde (RAS), após atendimento em nível de maior complexidade, com envio de informações clínicas essenciais para garantir a continuidade, a coordenação e a segurança do cuidado. No âmbito hospitalar, ocorre quando o paciente recebe alta e é encaminhado à Atenção Primária à Saúde (APS) ou a serviço especializado para seguimento terapêutico, com relatório clínico contendo diagnóstico, procedimentos realizados, condutas adotadas, orientações e plano terapêutico.

CONTRATUALIZAÇÃO – Macroprocesso de formalização da relação entre o gestor público de saúde e hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento jurídico formal, com estabelecimento de compromissos, metas, indicadores, responsabilidades e mecanismos de monitoramento. Diferencia-se da mera “contratação de serviços”, pois não se limita à aquisição de procedimentos. Envolve a pactuação de objetivos assistenciais, metas qualitativas e quantitativas, critérios de avaliação de desempenho e compromissos voltados à qualificação da assistência e da gestão hospitalar, alinhados às diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). No contexto contemporâneo, a contratualização deve orientar-se à entrega de valor em saúde, entendida como o melhor resultado assistencial possível, com uso eficiente dos recursos públicos e adequada experiência do usuário.

DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO – Compreende o conhecimento adequado do que ocorreu no passado e somado ao que se observa no presente, o que possibilita uma perspectiva do futuro. Para tal, é formada

uma “base de dados”, utilizada para gerar indicadores com objetivo de conhecer a situação de saúde de indivíduos, guiar programas, reorientar as atividades dos serviços ou formular prognósticos. São componentes básicos de um diagnóstico (coletivo) de saúde num determinado território: suas características demográficas; as características do processo saúde/doença (padrão de morbidade, mortalidade e distribuição de fatores de risco); as características dos recursos disponíveis (serviços de saúde) e seus aspectos ecológicos e sociopolíticos.

DOENÇAS AGUDAS – Doença caracterizada por início súbito de evolução rápida e curta duração, já doença crônica apresenta uma progressão lenta e duração prolongada. Um exemplo de doença aguda são as amigdalites, e de doença crônica a hipertensão arterial.

DOENÇAS CRÔNICAS – Doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

EVENTO ADVERSO – Incidente que resulta em danos à saúde.

GESTOR DO SUS – Gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO – Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento), ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve tecidos superficiais (ex.: pele e tecido subcutâneo) e/ou profundos à incisão (ex.: fáscia e/ou músculos).

INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP) – Conjunto de problemas de saúde, para os quais a atuação do sistema de saúde pode ser efetiva, ao lançar mão de atividades tais como a prevenção de doenças; o diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas; e o controle e acompanhamento de doenças crônicas.

LEITO CIRÚRGICO – Leito de internação hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade cirúrgica, sendo possível a sua subclassificação por especialidade tais como: Buco Maxilo Facial, Cardiologia, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Gastroenterologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ginecologia, Oncologia, Nefrologiaurologia, Ortopediatraumatologia, Otorrinolaringologia, Plástica, Torácica, Transplante e outros.

LEITO CLÍNICO – Leito de internação hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade clínica, sendo possível a sua subclassificação por especialidade tais como: Aids, Cardiologia, Clínica Geral, Dermatologia, Geriatria, Hansenologia, Hematologia, Nefrorologia, Neonatologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia, Saúde Mental e outros.

LEITO OBSTÉTRICO – Leito de internação hospitalar destinado a acomodar as gestantes e puérperas para atendimento assistencial clínico e/ou cirúrgico.

LEITO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) – São leitos destinados à internação de pacientes graves ou de risco, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias aos diagnósticos e terapêutica.

LINHAS DE CUIDADO – Estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

MORTALIDADE CIRÚRGICA AJUSTADA POR RISCO – Mortalidade ajustada para vários fatores que podem influenciar a mortalidade hospitalar, tais como, dados demográficos dos pacientes, diagnósticos, condições em que o paciente chegou ao hospital. Ou seja, este método de ajuste de risco é usado para contabilizar o impacto desses fatores de risco individuais, que podem colocar alguns pacientes em maior risco de morte do que outros.

PACTUAÇÕES INTERFEDERATIVAS (NO SUS) – São processos de negociação e acordo entre municípios, estados e a União para definir metas, recursos e ações conjuntas, visando garantir a integralidade da atenção à

saúde na região. Elas organizam o planejamento ascendente, prioridades nacionais e a gestão compartilhada.

PERFIL ASSISTENCIAL – Documento que estabelece as necessidades operacionais de um hospital, sendo essencial para sua estratégia de desenvolvimento e integração às redes de atenção à saúde, define os serviços e atendimentos que serão oferecidos pelo hospital, abrangendo desde a ampliação da capacidade de atendimento até a implementação de novas tecnologias e especialidades.

PLANO TERAPÊUTICO – Plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado.

PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA – Infecção pulmonar hospitalar que ocorre em indivíduos em ventilação mecânica, associada aos casos em que o paciente se encontra entubado no momento ou nas 48 horas que antecederam ao começo do quadro infeccioso.

PROCEDIMENTOS ELETIVOS – Procedimentos eletivos são atendimentos, exames ou cirurgias agendados previamente, sem risco imediato à vida do paciente, permitindo planejamento, preparo e escolha da melhor data. Diferem de urgência/emergência, sendo essenciais para a saúde e bem-estar, mas não críticos.

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA – Processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

PROTOCOLO DE ANTIBIOTICOPROFILAXIA – Consiste na administração de antibióticos antes de procedimentos cirúrgicos, visando reduzir a incidência de infecções resultantes da exposição dos tecidos durante a cirurgia. A adoção dessa prática tem demonstrado uma redução significativa nas complicações pós-operatórias, contribuindo para melhores desfechos clínicos e diminuição dos custos de saúde associados ao tratamento de infecções.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – Malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário.

REGULAÇÃO DO ACESSO – Regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

REINTERNAÇÃO POR DESCOMPENSAÇÃO CLÍNICA – Reinternação por descompensação clínica refere-se ao retorno de um paciente ao hospital (geralmente em até 30 dias após a alta) devido a uma piora aguda e significativa de uma condição de saúde crônica ou pré-existente, que foi tratada na internação anterior. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) utiliza o conceito de readmissão hospitalar em até 30 dias no programa QUALISS para qualificar prestadores de serviços.

RESULTADO CLÍNICO – Resultado clínico refere-se às mudanças mensuráveis no estado de saúde de um paciente resultantes de uma intervenção médica ou farmacoterapêutica. Inclui eficácia (cura, alívio de sintomas), segurança (efeitos adversos) e qualidade de vida. A avaliação é fundamental na gestão de saúde, frequentemente baseada em evidências científicas e práticas clínicas.

SÍTIO CIRÚRGICO (Taxa de infecção de sítio cirúrgico) – Mensuração da taxa de cirurgias limpas que apresentaram infecção do sítio cirúrgico (ISC) relacionada ao procedimento dentro do período de 30 dias. O resultado do indicador reflete o percentual de pacientes que apresentaram infecção de sítio cirúrgico após serem submetidos a uma cirurgia limpa. Quanto menor a taxa de infecção de sítio cirúrgico melhor.

SEPSE – Anteriormente conhecida como septicemia ou infecção generalizada, é uma disfunção orgânica com risco de morte, causada por uma resposta desregulada do sistema imunológico a uma infecção. Não é a infecção em si, mas como o corpo reage a ela, inflamando todo o organismo e danificando seus próprios tecidos e órgãos.

TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR AJUSTADA POR RISCO – A taxa é ajustada para vários fatores que podem influenciar a mortalidade hospitalar, tais como, dados demográficos dos pacientes, diagnósticos, condições em que o paciente chegou ao hospital. Ou seja, este método de ajuste de risco é usado para contabilizar o impacto dos riscos individuais, que podem colocar alguns pacientes em maior risco de morte do que outros.

TEMPO PORTA-AGULHA – Intervalo entre a chegada do paciente ao hospital (porta) e o início da infusão do medicamento trombolítico (agulha) em casos de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico ou Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

TEMPO PORTA-BALÃO – Indicador de qualidade na cardiologia, medindo o intervalo entre a chegada do paciente com infarto (IAM) ao hospital e a abertura da artéria via angioplastia (balão).

TERMO ADITIVO – Instrumento utilizado para proceder alterações contratuais.

TRANSIÇÃO DO CUIDADO – Estratégia para propiciar a continuidade do cuidado prestado pela equipe multiprofissional aos pacientes após atendimento nos serviços de saúde e que necessitam manter os cuidados e suscitar um impacto positivo em sua qualidade de vida, como também, na redução de readmissões hospitalares.

VENTILAÇÃO MECÂNICA – A ventilação mecânica pode ser dividida em duas modalidades principais: ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação mecânica não invasiva (VNI). Na VMI, utilizado em pacientes com deficiência de respiração autônoma, é necessário inserir um tubo endotraqueal para garantir uma troca gasosa adequada. Por outro lado, a VNI é aplicada por meio de máscaras faciais ou nasais, sendo indicado para pacientes que, apesar de necessitarem de suporte ventilatório, possuem um nível de consciência que permite manter o processo natural de respiração. Além dessas modalidades, existem diversos modos de ventilação, cada um com características e indicações específicas, possibilitando uma abordagem personalizada de acordo com as necessidades clínicas de cada paciente.

RESPONSABILIDADE PELO CONTEÚDO

Secretaria-Geral de Controle Externo (Segecex)

Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde)

RESPONSABILIDADE EDITORIAL

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Secretaria-Geral da Presidência (Segepres)

Secretaria de Comunicação (Secom)

Serviço de Criação e Editoração (Secrid)

PROJETO GRÁFICO, DIAGRAMAÇÃO E CAPA

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

SAFS Qd 4 Lote 1 - Anexo III,

Sala 450 70.042-900

Brasília - DF

Fone: 61- 35277322

REALIZAÇÃO



DenaSUS

Departamento Nacional
de Auditoria do Sistema
Único de Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



APOIO

