



**CARTILHA DE  
AVALIAÇÃO DE  
DESEMPENHO DAS  
UNIDADES DE SAÚDE**



# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

GOVERNADOR DO ESTADO DO AMAZONAS

**Wilson Lima**

Secretária de Estado de Saúde do Amazonas

**Nayara Maksoud**

Secretário Executivo

**Silvio Romano Benjamim Júnior**

Secretária Executiva do Fundo  
Estadual de Saúde

**Nívia Barroso Harb**

Secretário Executivo Adjunto de  
Atenção Especializada

**Everton Bandeira Guimarães**

Secretária Executiva de Assistência  
**Liege Maria Menezes Rodrigues**

Secretária Executiva Adjunta de  
Políticas de Saúde

**Nara Núbia Valente Santana**

**Esquível**

Secretária Executiva de Atenção  
Especializada e  
Políticas de Saúde

**Laís Moraes Ferreira**

Secretário Executivo Adjunto de  
Gestão Administrativa

**Heleno de Lion Costa da Rocha  
Quinto**

Secretária Executiva Adjunta de  
Assistência

**Mônica Lima de Melo e Melo**

Secretária Executiva Adjunta de  
Controle Interno

**Kamila Araújo Pinheiro**

Secretária Executiva Adjunta de  
Regionalização

**Rita Cristiane dos Santos  
Almeida**

Secretário Executivo Adjunto de  
Orçamento e Finanças

**Paulo César da Silva Câmara**

## ELABORAÇÃO

Assessoria Técnica: Jani Kenta Iwata  
Kellem Maia Portela  
Carla Virgínia Cordeiro Benvenuto dos Santos  
Suellen do Nascimento Barbosa

Janeiro, 2025

## Prefácio

Bem-vindos à Cartilha da Avaliação de Desempenho!

A Cartilha da Avaliação de Desempenho é um documento orientador sobre todo o processo de Avaliação de Desempenho nas Unidades de Saúde vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, levando em consideração questões estruturais e de processo de trabalho. Esta ferramenta visa orientar gestores na avaliação eficaz de seus serviços.

O documento apresenta de forma clara e objetiva os indicadores definidos a partir da tipologia dos equipamentos de saúde. É um convite à reflexão e ao aprimoramento contínuo dos serviços de saúde no Amazonas. Esperamos que possa auxiliar a compreensão do processo metodológico de Avaliação de Desempenho e, principalmente, fomentar práticas assistenciais e gerenciais excelentes metodológico e a melhoria contínua dos serviços de saúde.

Desejo que juntos, possamos transformar a saúde pública do estado do Amazonas, dando novos contornos a partir das suas mais diversas singularidades e diferentes maneiras de viabilizar o cuidado, melhorando vidas com a perspectiva de construção de um sistema de saúde mais eficiente.

Boa leitura!

**Nayara Maksoud**  
**Secretária de Estado de Saúde do Amazonas**



## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES .....</b>	<b>07</b>
<b>1. INDICADORES POR TIPOLOGIA DE SERVIÇO.....</b>	<b>16</b>
1.1 Hospitais e pronto socorros adultos e pediátricos.....	16
1.2 Serviço de pronto-atendimento - SPA e Unidade de pronto-atendimento - UPA.....	17
1.3 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Saúde Mental do Amazonas - CESMAM e Centro de Reabilitação em Dependência Química - CRDQ.....	18
1.4 Maternidades.....	18
1.5 Unidades Ambulatoriais.....	19
<b>2. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES.....</b>	<b>20</b>
<b>3. METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>46</b>

## Apresentação

A Cartilha de Avaliação de Desempenho das Unidades de Saúde SES/AM foi elaborada com o objetivo de consolidar, num único instrumento, os elementos descritivos dos principais indicadores assistenciais aplicáveis aos diversos perfis de unidades que compõem a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas/SES-AM.

Pretende-se ofertar ao gestor ou a qualquer profissional interessado, as fichas técnicas fundamentais para a aplicação dos indicadores em seus serviços, setores ou unidades de saúde, assegurando a obtenção de resultados coerentes, comparáveis e replicáveis. Cada indicador relacionado será apresentado com conceituação, interpretação e método de cálculo fundamentadas na bibliografia apresentada.

## Introdução

Os indicadores são recursos de medidas, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotados de significado particular e utilizados para organizar e captar informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa a evolução do aspecto observado. (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALES, 2009, p.24)

Os indicadores e informações devem representar o conjunto de requisitos utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas na gestão da organização e, a partir dessa avaliação, verificar a necessidade de melhorias.

Desse modo, a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas desenvolveu ferramenta de monitoramento dos indicadores com os domínios de desempenho assistencial, gestão e desenvolvimento institucional e articulação com a rede para avaliação do desempenho das unidades de saúde sob sua gestão, cujos resultados deverão ser apresentados à SES/AM em relatórios quadrimestrais.

Os indicadores foram selecionados com base em critérios técnicos, considerando a tipologia dos estabelecimentos de saúde e garantindo uma avaliação objetiva, precisa e equitativa.

## Glossário de termos hospitalares

As definições constantes da Portaria SAS nº 312, de 2 de maio de 2002, que estabelece a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar nos Hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) são essenciais para o entendimento da dinâmica hospitalar e a correta formulação dos indicadores de desempenho. Abaixo, descrevemos os principais termos para alinhamento conceitual e adequada aplicação dos indicadores e avaliação das metas.

### **MOVIMENTOS DE PACIENTES**

#### **Observação hospitalar**

Pacientes que permanecem na unidade sob supervisão médica ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas, idealmente pelo tempo necessário para a tomada de decisão quanto à sua internação hospitalar ou não.

#### **Internação hospitalar**

Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por período igual ou superior a 24 horas. Orienta-se, ainda, que todos os casos de óbito ocorridos dentro da unidade hospitalar devam ser considerados internações, mesmo que a duração da internação tenha sido inferior a 24 horas.

#### **Censo hospitalar diário**

É a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação. Deve-se levar em consideração os leitos bloqueados e os extras, assim como a contagem de admissões, altas,

óbitos, transferências internas e externas, e evasões ocorridas nas 24 horas relativas ao censo.

### **Entrada**

Trata-se da entrada do paciente na unidade, por internação, qualquer que seja a origem dela, incluindo as transferências internas ou as vindas de outras unidades.

### **Saída**

A saída do paciente da unidade de internação poderá ser por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência ou óbito. As transferências internas merecem atenção especial, pois deverão ser contabilizadas como saídas somente para o censo de um setor específico, mas nunca para o censo geral do hospital.

### **Alta**

Ato médico que finaliza a internação hospitalar. O paciente poder receber alta curado, melhorado ou inalterado.

### **Evasão**

É a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação ao setor onde o paciente estava internado.

### **Desistência do tratamento**

No caso de desistência do tratamento, a saída também ocorre sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que se

encontrava internado. O termo é considerado sinônimo de “alta a pedido”.

### **Transferência interna**

Mudança do paciente de uma unidade de internação para outra, dentro do mesmo hospital.

Não ocorre alta nem nova internação, ou seja, toda a sua permanência dentro do hospital corresponde à mesma internação.

### **Transferência externa**

Mudança do paciente de um hospital para outro.

### **Óbito hospitalar**

Trata-se de óbito ocorrido após o paciente ter dado entrada no hospital, independentemente dos procedimentos administrativos relacionado à internação terem sido realizados ou não. Naturalmente, não são contabilizados os óbitos de pessoas que já chegaram mortas à unidade.

### **Óbito institucional**

São os óbitos ocorridos depois de decorridas 24 horas da admissão hospitalar.

### **Hospital-dia**

Unidade hospitalar onde ocorrem cuidados de forma programada, permanecendo sob cuidados durante o dia e não requerendo estadia durante a noite.

## **Reinternação**

É a internação de um paciente num hospital dentro de um período definido após a alta do mesmo hospital. O período dentro do qual a internação é chamada de reinternação vai variar dependendo o objetivo com que o evento é medido.

## **CLASSIFICAÇÃO DE LEITOS E SERVIÇOS**

### **Leito hospitalar de internação**

É a cama numerada e identificada destinada à internação dentro de um hospital, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante a sua estadia. Leitos intensivos e semi-intensivos são considerados leitos de internação. Não devem ser considerados leitos hospitalares de internação os leitos de observação, leitos de pré-parto, leitos de recuperação pós-anestésica, berços de alojamento conjunto, camas destinadas a acompanhantes e os leitos de serviços diagnósticos.

### **Leito hospitalar de observação**

Leito destinado a paciente sob supervisão médica ou de enfermagem por período inferior a 24 horas. Os leitos de hospital-dia são leitos de observação.

### **Leito instalado**

Leito habitualmente utilizado para internação, mesmo que não possa ser utilizado por um certo período, e que deve corresponder ao leito informado no cadastro junto ao Ministério da Saúde (CNES).

### **Leito operacional**

Leito em utilização ou passível de ser utilizado no momento do censo,

ainda que esteja desocupado.

### **Leito bloqueado**

Leito habitualmente utilizado para internação, mas que no momento do censo não pode ser utilizado por alguma razão (manutenção, falta de recursos humanos etc.).

### **Leito inativo**

Leitos que nunca foram ativados após a conclusão da obra por falta de equipamentos/mobiliário ou de recursos humanos.

### **Leito desativado**

São leitos que deixaram de fazer parte da capacidade instalada do hospital por alguma razão de caráter mais permanente, fechado por período superior a 30 (trinta) dias.

### **Leito ocupado**

Leito que está sendo utilizado por um paciente.

### **Leito vago**

Leito em condições de ser ocupado, mas que não está sendo utilizado no momento do censo.

### **Leito extra**

Cama ou maca não utilizada habitualmente para internação que, por alguma razão, é ativada e destinada à internação. O uso de leitos extras implica

a extrapolação da capacidade operacional da unidade.

### **Leito de isolamento**

Leito de internação instalado em ambiente dotado de barreiras contra contaminação.

### **Leito de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica**

Leito auxiliar destinado aos cuidados pós-cirúrgicos e pós-anestésicos imediatos a pacientes egressos do bloco cirúrgico.

### **Leito de tratamento intensivo**

Leito destinado a pacientes graves e de risco que exijam cuidado ininterrupto, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

### **Leito de tratamento semi-intensivo**

Leito destinado à internação de pacientes que não necessitem de cuidados intensivos, mas que ainda requerem atenção especial diferente da adotada na unidade de internação.

### **Leito de longa permanência**

Leito hospitalar cuja duração média de internação é maior ou igual a trinta dias, definidos como leitos de cuidados prolongados pela portaria MS-GM nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012.

### **Leito de Pré-parto, parto e pós-parto - PPP**

Leito localizado nas salas de pré-parto e utilizado durante o trabalho de

parto, parto e pós-parto, até deslocamento da puérpera para o alojamento conjunto.

### **Alojamento conjunto**

Acomodação em que o recém-nascido sadio permanece alojado em berço contíguo ao leito da mãe, até sua alta hospitalar.

### **Leito de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN**

Leito destinado a recém-nascidos que apresentam problemas de saúde e necessitam de cuidados especiais intensivos, prematuros ou não.

### **Leito de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional - UCINCo**

Leito conhecido como Unidades Semi-Intensiva, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandam assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.

### **Leito de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru - UCINCa**

Serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar.

### **Leito infantil**

Leito de internação destinado ao público infantil, conforme os limites de idade definidos pelo hospital.

## **MEDIDAS HOSPITALARES**

### **Dia hospitalar**

É o período de 24 horas compreendido entre dois censos hospitalares. Em um hospital específico, o horário de fechamento do censo deve ser o mesmo todos os dias e em todos os setores do hospital, embora o horário de fechamento do censo possa variar de hospital para hospital. O censo mais utilizado é o da meia-noite.

### **Leito-dia**

Unidade que representa a disponibilidade de um leito de internação por um dia hospitalar.

Correspondem aos leitos operacionais.

### **Paciente-dia**

Unidade de medida que representa a assistência a um paciente internado durante um dia hospitalar.

### **Capacidade hospitalar instalada**

Capacidade dos leitos que são habitualmente utilizados para internação, devendo corresponder aos leitos informados junto ao Ministério da Saúde (CNES).

### **Capacidade hospitalar operacional**

Capacidade dos leitos em utilização e dos leitos passíveis de utilização no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

### **Média de pacientes-dia**

Relação entre o número de pacientes-dia e o número de dias em um determinado período.

Representa o número médio de pacientes em um hospital.

## 1. INDICADORES POR TIPOLOGIA DE SERVIÇO

### 1.1 Hospitais e pronto socorros adultos e pediátricos

<b>Domínio</b>	<b>Indicador</b>
<b>Desempenho Assistencial</b>	Taxa de ocupação hospitalar
	Tempo médio de permanência
	Taxa de mortalidade institucional
	Tempo Médio de Espera por Faixa de Classificação de Risco
	Tempo Médio de Permanência em Salas de Observação
	Tempo porta-agulha para a administração do trombolítico endovenoso no IAM
	Densidade de Incidência de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada à cateter venoso central (CVC)
	Densidade de Incidência de Infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora
	Taxa de incidência de Lesão por Pressão
	Densidade de Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica
	Taxa de Infecção de sítio cirúrgico
	Intervalo de Tempo para a rotatividade de sala cirúrgicas
	Taxa de cirurgia suspensa por motivos não relacionados ao paciente
	Incidências de quedas com dano
	Taxa de adesão ao protocolo de Cirurgia Segura
	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
	Taxa de erros de dispensação de medicamentos
Taxa de erros de administração de medicamentos	
Proporção de reinternações CIRÚRGICAS em até 30 dias da saída hospitalar	
<b>Gestão e Desenvolvimento institucional</b>	Qualidade do registro da produção hospitalar
	Qualidade do registro do Prontuário Eletrônico do Paciente
	Atualização mensal do CNES

	Ampliação da apresentação de produção em sistemas de informação do SUS
	Glosas SIA-SUS
	Glosas SIH-SUS
	Devolutiva da ouvidoria/SAC
	Implantação de Pesquisa de Satisfação do usuário percebida
	Percentual de reuniões das Comissões e Núcleos obrigatórios realizadas no período
<b>Articulação com a Rede</b>	Atualização do mapa de leitos

## 1.2 Serviço de pronto-atendimento - SPA e Unidade de pronto-atendimento - UPA

<b>Domínio</b>	<b>Indicador</b>
<b>Desempenho Assistencial</b>	Tempo Médio de Espera por Faixa de Classificação de Risco
	Tempo Médio de Permanência em Salas de Observação
	Tempo porta-agulha para a administração do trombolítico endovenoso no IAM
	Incidências de quedas com dano
	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
	Taxa de erros de dispensação de medicamentos
	Taxa de erros de administração de medicamentos
<b>Gestão e Desenvolvimento institucional</b>	Qualidade do registro do Prontuário Eletrônico do Paciente
	Atualização mensal do CNES
	Ampliação da apresentação de produção em sistemas de informação do SUS
	Glosas SIA-SUS
	Devolutiva da ouvidoria/SAC
	Implantação de Pesquisa de Satisfação do usuário percebida
	Percentual de reuniões das Comissões e Núcleos obrigatórios realizadas no período

1.3 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Centro de Saúde Mental do Amazonas - CESMAM e Centro de Reabilitação em Dependência Química – CRDQ

<b>Domínio</b>	<b>Indicador</b>
<b>Desempenho Assistencial</b>	Tempo Médio de Permanência em Salas de Observação
	Incidências de quedas com dano
	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
	Taxa de erros de dispensação de medicamentos
	Taxa de erros de administração de medicamentos
<b>Gestão e Desenvolvimento institucional</b>	Qualidade do registro do Prontuário Eletrônico do Paciente
	Atualização mensal do CNES
	Ampliação da apresentação de produção em sistemas de informação do SUS
	Glosas SIA-SUS
	Devolutiva da ouvidoria/SAC
	Implantação de Pesquisa de Satisfação do usuário percebida
	Percentual de reuniões das Comissões e Núcleos obrigatórios realizadas no período

1.4 Maternidades

<b>Domínio</b>	<b>Indicador</b>
<b>Desempenho Assistencial</b>	Taxa de ocupação hospitalar
	Tempo médio de permanência
	Taxa de mortalidade institucional
	Tempo de espera segundo classificação de risco
	Densidade de Incidência de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada à cateter venoso central (CVC)
	Densidade de Incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora
	Densidade de Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica
	Taxa de Infecção de sítio cirúrgico
	Intervalo de Tempo para a rotatividade de sala cirúrgicas



	Incidências de quedas com dano
	Taxa de adesão ao protocolo de Cirurgia Segura
	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
	Taxa de erros de dispensação de medicamentos
	Taxa de erros de administração de medicamentos
	Proporção de reinternações CIRÚRGICAS em até 30 dias da saída hospitalar
	Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave
	Proporção de partos cesáreos
	Utilização do Partograma
	Garantir o acesso do acompanhante da gestante durante trabalho de parto, pré-parto, parto e pós-parto
	Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor
	Triagem Neonatal
	Incidência de Retinopatia da Prematuridade
<b>Gestão e Desenvolvimento institucional</b>	Qualidade do registro do Prontuário Eletrônico do Paciente
	Atualização mensal do CNES
	Ampliação da apresentação de produção em sistemas de informação do SUS
	Glosas SIA-SUS
	Glosas SIH-SUS
	Devolutiva da ouvidoria/SAC
	Implantação de Pesquisa de Satisfação do usuário percebida
	Percentual de reuniões das Comissões e Núcleos obrigatórios realizadas no período
<b>Articulação com a Rede</b>	Atualização do mapa de leitos
	Qualidade da alta hospitalar

## 1.5 Unidades ambulatoriais

<b>Domínio</b>	<b>Indicador</b>
<b>Desempenho Assistencial</b>	Adesão ao uso do Projeto Terapêutico Singular
	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
	Taxa de erros de dispensação de medicamentos

	Taxa de erros de administração de medicamentos
<b>Gestão e Desenvolvimento institucional</b>	Qualidade do registro do Prontuário Eletrônico do Paciente
	Atualização mensal do CNES
	Ampliação da apresentação de produção em sistemas de informação do SUS
	Glosas SIA-SUS
	Devolutiva da ouvidoria/SAC
	Implantação de Pesquisa de Satisfação do usuário percebida
	Percentual de reuniões das Comissões e Núcleos obrigatórios realizadas no período
<b>Articulação com a Rede</b>	Regulação dos SADT
	Regulação de consultas especializadas
	Taxa de absenteísmo de consultas médicas ambulatoriais, por especialidade

## 2. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES

<b>Nome</b>	<b>Taxa de ocupação hospitalar</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Avalia a utilização e a gestão do leito operacional no serviço. Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência. Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos-dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras. Termos equivalentes: taxa de ocupação hospitalar instalada e percentagem de ocupação. Caso o hospital faça uso constante de leitos extras, a taxa de ocupação hospitalar estará acima de 100%, o que é uma informação importante do ponto de vista gerencial.
Método de Cálculo	$(\text{Número de pacientes-dia por clínica}) * 100 / (\text{Número de leitos-dia por clínica})$



Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. A taxa de ocupação hospitalar está diretamente relacionada à disponibilidade de leitos ofertados ao sistema de saúde. Quanto menor a taxa de ocupação, maior a possibilidade de aumento dos custos hospitalares por leitos ociosos. No entanto, taxas superiores a 85% e, principalmente, as superiores a 100% sugerem insuficiência de capacidade instalada ou hipossuficiência operacional.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico; SIH-DATASUS
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos em todo o hospital para o sistema de saúde. Avalia o grau de utilização dos leitos operacionais no hospital como um todo.

Nome	Tempo médio de permanência
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Avalia o tempo médio em dias que os pacientes internados para assistência permanecem na unidade de internação.
Método de Cálculo	$(\text{Total de pacientes-dia no período}) / (\text{total de saídas no período})$
Interpretação	Avalia a média de permanência do paciente em internação hospitalar. O aumento do tempo de permanência aumenta o risco de infecção hospitalar e reduz o giro de leitos, aumentando o custo da internação.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico; SIH-DATASUS
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema; boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional.

<b>Nome</b>	<b>Taxa de mortalidade institucional</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar.
Método de Cálculo	$\Sigma$ de óbitos do período / $\Sigma$ do total de saídas no mesmo período X 100
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. O indicador destina-se a sinalizar a existência de um problema e a necessidade de uma investigação mais detalhada. Alta mortalidade relativa deve ser vista como um fato desencadeador de uma investigação mais detalhada.
Fonte de Dados	Censo hospitalar (global da unidade ou específico de determinado setor).
Relevância	Monitora a qualidade do cuidado.

<b>Nome</b>	<b>Tempo médio de espera por faixa de classificação de risco</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Segundo a Política Nacional de Humanização, nos serviços de urgência ou pronto atendimento, a espera pelo atendimento médico não deverá ultrapassar o tempo máximo previsto para a faixa de classificação de risco, a saber: VERMELHO — zero (imediato); LARANJA — até 15 minutos; AMARELO — até 30 minutos; VERDE — até 60 minutos; e AZUL — até 24 horas. Espera-se, portanto, que o tempo médio de espera em cada faixa não ultrapasse esses limites.



Método de Cálculo	$\Sigma$ dos tempos de todos os pacientes em determinada faixa de risco / $\Sigma$ de pacientes classificados na faixa (a fórmula deverá ser aplicada para cada faixa de risco).
Interpretação	Espera-se que o tempo médio de espera entre classificação de risco e atendimento médico esteja dentro dos limites esperados para cada uma das faixas de risco.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico/Registros das unidades de urgência e emergência.
Relevância	Segurança no acesso à urgência e emergência.

<b>Nome</b>	<b>Tempo médio de permanência em salas de observação</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	As salas de observação de Unidades de Pronto Atendimento ou outros setores de urgência não constituem unidades de internação. Por isso, espera-se que a permanência não seja superior a 24 horas, sinalizando que para aqueles pacientes que não receberam alta foi assegurada sua transferência para o leito hospitalar adequado.
Método de Cálculo	$\Sigma$ do total de pacientes-dia no período / $\Sigma$ de saídas das salas de observação.
Interpretação	Espera-se que o tempo médio de permanência seja inferior a 1 dia.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico/SIH-DATASUS
Relevância	Eficiência na gestão da sala de observação e qualidade na assistência.



<b>Nome</b>	<b>Tempo porta-agulha para a administração do trombolítico endovenoso</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	<p>O tempo porta-agulha corresponde ao período da entrada do paciente até o início do trombolítico endovenoso.</p> <p>O benefício da reperfusão miocárdica é tempo-dependente, quanto mais precoce o fluxo coronário for restabelecido maior é o benefício obtido pelo paciente. As estratégias de reperfusão visam à restauração do fluxo com recanalização coronariana precoce, limitação do tamanho do infarto, e redução do dano miocárdico com consequente melhora na disfunção ventricular e da sobrevida do paciente.</p>
Método de Cálculo	Calcular o tempo decorrido da entrada do paciente até o início da administração endovenosa do trombolítico, quando indicado.
Interpretação	O ideal seria que o tempo decorrente entre a chegada e a infusão do trombolítico não ultrapassasse 30 minutos (tempo porta-agulha), pois quanto antes a artéria for recanalizada, maior será a massa de músculo cardíaco salva da necrose e o prognóstico será melhor.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico
Relevância	Essencial para a qualidade da assistência.

<b>Nome</b>	<b>Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada à cateter venoso central (CVC)</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Avaliação da incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a um cateter venoso central (CVC) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.



Método de Cálculo	Total de casos novos de ICS no período / Total de pacientes com cateter central-dia no período x 1000
Interpretação	Total de casos novos de ICS no período / Total de pacientes com cateter central-dia no período x 1000
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico; Relatório CCIH
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.

<b>Nome</b>	<b>Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a um cateter vesical de demora</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a um cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
Método de Cálculo	Total de infecções do trato urinário associadas ao uso de cateter vesical de demora / Total de cateteres vesicais de demora-dia x 1000
Interpretação	Quanto maior a densidade de incidência de infecção, maior a ocorrência de complicações e maior a letalidade.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico; Relatório CCIH
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.

<b>Nome</b>	<b>Taxa de incidência de lesão por pressão</b>
Domínio	Desempenho assistencial



Conceito	Lesão na pele e/ou nos tecidos subjacentes, superficial ou profunda, de etiologia isquêmica, causada por aumento da pressão local, quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por tempo prolongado. Para a classificação das lesões por pressão recomenda-se a utilização de Escala de risco: Braden ou Braden adaptada. Durante a admissão ou a readmissão, é necessário que se examine a pele do paciente cuidadosamente, para identificar alterações da integridade cutânea e lesões por pressão (LPP) existentes.
Método de Cálculo	$\Sigma$ de pacientes com lesão por pressão surgidas durante a internação / $\Sigma$ de pacientes-dia no setor monitorado x 100
Interpretação	Quanto menor a incidência de lesão por pressão, melhor para a qualidade do cuidado. A ocorrência de lesão por pressão causa impactos negativos nos pacientes e familiares, com reflexos no tempo de permanência, taxas de infecção e letalidade.
Fonte de Dados	Núcleo de segurança do paciente; Relatório CCIH
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.

<b>Nome</b>	<b>Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Avaliação da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção enquanto estiverem entubados.
Método de Cálculo	Total de pneumonias em pacientes em ventilação mecânica invasiva / Total de respiradores em uso-dia x 100
Interpretação	Quanto maior a densidade de incidência de pneumonias associadas à ventilação, maior a ocorrência de complicações e maior a letalidade.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico; Relatório CCIH



Relevância Essencial para a segurança da assistência

## Nome Taxa de infecção de sítio cirúrgico

Domínio Desempenho assistencial

Conceito Vigilância da taxa de incidência de infecção relacionada a sítio cirúrgico nas seguintes cirurgias limpas: artroplastias totais de quadril e joelho primárias, cesarianas, oftalmológicas, derivações internas neurológicas, cirurgias com implante mamário e cirurgias cardíacas para revascularização do miocárdio. Infecção relacionada ao ato cirúrgico até 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias (vigilância pós-alta de 90 dias), essa no caso de próteses/implantes — CDC e COVISA.

Método de Cálculo Total de infecções em sítio cirúrgico em cirurgias limpas / Total destas cirurgias no mês x 100

Interpretação Maiores taxas de infecção indicam menor qualidade nas medidas de prevenção e implicam piores resultados cirúrgicos e letalidade.

Fonte de Dados Relatório CCIH

Relevância Essencial para a segurança da assistência.

## Nome Intervalo de tempo para rotatividade de salas cirúrgicas

Domínio Desempenho assistencial

Conceito É o tempo que decorre entre a saída de um paciente e a entrada de outro na mesma sala cirúrgica, envolvendo o tempo de limpeza, o preparo da sala cirúrgica, as presenças dos profissionais no local e o paciente na sala cirúrgica. Este tempo pode também ser chamado de "turnover time". O tempo ideal de preparo da sala



cirúrgica entre uma operação e outra pode ser classificado como de alto desempenho se até 25 minutos; desempenho médio, se entre 25 e 40 minutos; desempenho sofrível, se maior que 40 minutos.

**Método de Cálculo** Soma das horas iniciada na saída do paciente da sala cirúrgica e finalizada com a entrada do próximo paciente.

**Interpretação** Quanto menor o resultado do indicador, melhor. Espera-se um intervalo de tempo de 25 minutos.

**Fonte de Dados** Prontuário eletrônico.

**Relevância** Eficiência na gestão na oferta de cirurgias.

## Nome

## Taxa de cirurgia suspensa por motivos não relacionados ao paciente

**Domínio** Desempenho assistencial

## Conceito

A taxa de suspensão de cirurgias é um dos critérios de avaliação da eficiência de um serviço. Os baixos índices mostram o grau de desempenho do serviço avaliado e do centro cirúrgico da unidade hospitalar. Para a construção desse indicador devem ser considerados todos os motivos de suspensão de cirurgias, como os relacionados ao paciente (condição clínica desfavorável, não comparecimento, falta de jejum e outras); e ao hospital, tais como organização da unidade (como erro na programação cirúrgica e prioridade para urgências) e alocação de recursos humanos e materiais.

## Método de Cálculo

Número de cirurgias suspensas / total de cirurgias programadas em um determinado período x 100

## Interpretação

Quanto menor o resultado do indicador, melhor. Espera-se uma taxa de 20%



Fonte de Dados    Prontuário Eletrônico.

Relevância        Eficiência na gestão na oferta de cirurgias.

## **Nome                    Incidência de quedas com dano**

Domínio            Desempenho assistencial

Conceito            Evento não planejado, com ou sem lesão, em que o paciente sofre deslocamento de nível, incluindo a “quase queda”. Engloba toda a instituição hospitalar. A taxa de risco de queda é calculada através de escalas de avaliação de risco, que têm como objetivo classificar rapidamente as pessoas que estão em risco de queda. A escala mais utilizada é a Escala de Morse Fall Scale. A classificação do risco de queda é a seguinte: Risco baixo: 0–24 pontos, Risco médio: 25–44 pontos, Risco alto: ≥45 pontos. A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente e atualizada diariamente até a alta hospitalar.

Método de Cálculo     $\Sigma$  de pacientes com ocorrência de queda durante a internação/  $\Sigma$  de paciente-dia, no setor monitorado x 1000

Interpretação        Quanto menor o índice de queda de pacientes, melhor. As quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Fonte de Dados    Relatórios das Comissões

Relevância        Essencial para a segurança da assistência.



Nome	Proporção de reinternações CIRÚRGICAS em até 30 dias da saída hospitalar
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Avalia o percentual de pacientes que foram readmitidos após procedimento cirúrgico, durante a mesma internação hospitalar. Estão excluídos do denominador as altas por óbito ou transferência para outros serviços.
Método de Cálculo	(Total de internações que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas cirúrgicas que constam no denominador) * 100 / (total de saídas cirúrgicas no mês anterior ao mês de competência).
Interpretação	O termo "readmissão" consiste no evento de retorno à Unidade, que ocorreu durante a mesma hospitalização; "readmissão precoce" para os eventos que ocorreram em menos de 48 horas após a alta. Podem indicar alta antecipada, o que pode expor os pacientes a níveis inadequados de cuidados em que os pacientes readmitidos apresentam piora ou agravamento de quadro inicial, aumento de morbidade e mortalidade, tempo de permanência hospitalar e custos totais.
Fonte de Dados	Prontuário eletrônico; SIH-DATASUS
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.

Nome	Atualização mensal do CNES
Domínio	Gestão e desenvolvimento institucional
Conceito	O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deve ser atualizado mensalmente por instituições de saúde que prestam serviços ao SUS, conforme recomendação do Ministério da Saúde.
Método de Cálculo	A atualização deverá ocorrer todos os meses.



Interpretação	A avaliação será dicotômica, ou seja, as unidades que atualizarem o CNES terá pontuação e, aquela que não atualizar, não pontuar.
Fonte de Dados	CNES
Relevância	Monitoramento e gestão das unidades.

Nome	Qualidade do registro hospitalar
Domínio	Gestão e desenvolvimento institucional
Conceito	O PEP permite o compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde, como base legal para as ações médicas, fonte de pesquisas clínicas, estudos epidemiológicos, avaliações da qualidade do cuidado do paciente, vigilância a reações adversas de drogas e, também, como fonte de educação e reciclagem médica continuada. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução nº 63 de 25 de novembro de 2011, dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os Serviços de Saúde, inclui no Artigo 26 a responsabilidade das instituições quanto a garantir que o prontuário contenha registros completos e confiáveis relativos à identificação e a toda assistência prestada ao paciente.
Método de Cálculo	$\frac{\text{(Número de registros de prontuário amostrados que atendem ao protocolo institucional da qualidade da informação de pacientes da SESAM)}}{\text{(Número de registros de prontuário amostrados)}} * 100$
Interpretação	Quanto maior o número calculado, melhor o desempenho e corresponde à adesão dos profissionais de saúde ao registro adequado no PEP.
Fonte de Dados	Prontuário eletrônico
Relevância	Boas práticas clínicas, garantia do cuidado, geração de dados em saúde.



Nome	Ampliação da apresentação de produção em sistema de informação do SUS
Domínio	Gestão e desenvolvimento institucional
Conceito	O faturamento é o processo de cobrança e recebimento de pagamentos por serviços hospitalares e ambulatoriais prestados pela unidade
Método de Cálculo	Total de procedimentos executados apresentados na competência / total de procedimentos executados na competência.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Espera-se que 100% dos procedimentos produzidos sejam faturados nos sistemas de informação de produção do MS.
Fonte de Dados	SIA e SIH/DATASUS
Relevância	Eficiência na gestão no faturamento.

Nome	Glosas SIA-SUS
Domínio	Gestão e desenvolvimento institucional
Conceito	Uma glosa é a recusa parcial ou total de ressarcimento de uma produção hospitalar ou ambulatorial por parte do Ministério da Saúde. As glosas podem ser causadas por diversos motivos, como erros de preenchimento ou não conformidade com os manuais de faturamento do SUS
Método de Cálculo	Total de procedimentos glosados no mês / total de procedimentos executados no mês x 100
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. No caso em questão, serão considerados as glosas da atenção ambulatorial.

Fonte de Dados	SIA-DATASUS
Relevância	Eficiência na gestão no faturamento.

Nome	Glosas SIH-SUS
Domínio	Gestão e desenvolvimento institucional
Conceito	Uma glosa é a recusa parcial ou total de ressarcimento de uma produção hospitalar ou ambulatorial por parte do Ministério da Saúde. As glosas podem ser causadas por diversos motivos, como erros de preenchimento ou não conformidade com os manuais de faturamento do SUS.
Método de Cálculo	Total de procedimentos glosados no mês / total de procedimentos executados no mês x 100
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. No caso em questão, serão considerados as glosas da atenção hospitalar.
Fonte de Dados	SIH-DATASUS
Relevância	Eficiência na gestão no faturamento.

Nome	Devolutiva da Ouvidoria/SAC
Domínio	Gestão e desenvolvimento institucional
Conceito	As ouvidorias nos estabelecimentos de saúde são canais de comunicação que permitem aos cidadãos: Manifestar-se sobre os serviços de saúde; ter suas demandas consideradas e tratadas; promover a cidadania em saúde; e, contribuir para a melhoria das políticas públicas de saúde.

Método de Cálculo	Total de respostas ao usuário dentro do prazo de 15 dias, no período/ total de manifestações dos usuários no mesmo período X 100.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Espera-se alcançar 80% das respostas aos usuários no prazo máximo de 15 dias úteis.
Fonte de Dados	Relatórios da Ouvidoria.
Relevância	Eficiência na gestão e qualidade da assistência.

<b>Nome</b>	<b>Implantação de pesquisa de satisfação do usuário percebida</b>
Domínio	Gestão e desenvolvimento institucional
Conceito	A satisfação do usuário percebida é um indicador de qualidade que avalia a forma como o cliente enxerga um produto ou serviço. A qualidade percebida é baseada nas expectativas e necessidades do cliente, e não é um conceito objetivo.
Método de Cálculo	Aplicação de Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário por meio do Customer Satisfaction Score (CSAT), ou Pontuação de Satisfação do Cliente, podendo ser de 3 formas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de porcentagem de 0 a 100%</li> <li>• Escala numérica de 0 a 5</li> <li>• Escala de percepção, de satisfeito ou insatisfeito</li> </ul>
Interpretação	Será considerada a implantação da Pesquisa de Satisfação - sim ou não.
Fonte de Dados	Relatórios da Gestão da Unidade.
Relevância	Eficiência na gestão, acolhimento e humanização do atendimento.



Nome	Percentual de reuniões das comissões e núcleos obrigatórios realizadas no período
Domínio	Gestão e desenvolvimento institucional
Conceito	<p>As comissões e núcleos hospitalares são grupos que trabalham para garantir a qualidade, segurança e sustentabilidade do atendimento à saúde. Através delas, é possível obter recomendações sólidas e fornecer aos pacientes um cuidado seguro, sustentável e de alta qualidade. Fica estabelecido como Comissões e Núcleos obrigatórios:</p> <p><b>Hospitalar:</b> Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Educação Permanente e Humanização e Núcleo Interno de Regulação Hospitalar.</p> <p><b>Maternidade:</b> Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Revisão de Prontuário, Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Educação Permanente e Humanização e Núcleo Interno de Regulação Hospitalar.</p> <p><b>Ambulatorial/SPA e UPA:</b> Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Educação Permanente e Humanização e Núcleo Interno de Regulação Ambulatorial.</p>
Método de Cálculo	Total de atas de reuniões realizadas no mês/ Total de reuniões programadas no mês x 100
Interpretação	Espera-se que haja a implantação e atuação ativa das Comissões e Núcleos obrigatórios, conforme o perfil da unidade.
Fonte de Dados	Relatórios das Comissões e dos Núcleos.
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.

Nome	Atualização do mapa de leitos
Domínio	Articulação com a rede

Conceito	O Mapa dos Casos tem por objetivo proporcionar um ambiente para acompanhar a taxa de ocupação da ocupação dos hospitais.
Método de Cálculo	Relatório matutino e vespertino de disponibilidade de leitos junto ao núcleo interno de regulação.
Interpretação	A avaliação será dicotômica - a unidade que informar adequadamente o mapa de leitos pontua e aquela que não informar não pontuar.
Fonte de Dados	Sistema de Regulação.
Relevância	Gestão eficaz e garantia do acesso aos usuários.

<b>Nome</b>	<b>Adesão ao uso do projeto terapêutico singular - PTS</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	O PTS é um conjunto de propostas terapêuticas para um indivíduo, família ou grupo, que é construído por meio de uma discussão coletiva. Ele é uma estratégia que visa garantir a autonomia do usuário, sistematizar o cuidado e fortalecer o trabalho interdisciplinar. O PTS pode ser feito em ambulatórios de especialidades, pois é um instrumento de trabalho interdisciplinar da equipe de saúde. Ele é desenvolvido em quatro movimentos: Diagnóstico, Definição de metas, Divisão de responsabilidades, Reavaliação.
Método de Cálculo	Total de pacientes com Projeto Terapêutico Singular aplicados no período/ Total de pacientes atendidos no período x100
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Espera-se que 100% dos pacientes crônicos e em reabilitação tenham PTS aplicado.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico.
Relevância	Eficiência e qualidade da assistência.



Nome	Regulação SADT
Domínio	Articulação com a rede
Conceito	A regulação do SADT é um componente da regulação do acesso à assistência, que tem como objetivo garantir que os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde de forma adequada e oportuna.
Método de Cálculo	Total de SADT disponibilizado no Sistema de Regulação/ Meta pactuada para SADT x 100
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Espera-se que 100% da oferta de SADT esteja inserida no Sistema de Regulação.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico; Sistema de Regulação.
Relevância	Eficiência na gestão na oferta de vagas e qualidade da assistência.

Nome	Regulação de consultas especializadas
Domínio	Articulação com a rede
Conceito	A regulação de consultas especializadas é um componente da regulação do acesso à assistência, que tem como objetivo garantir que os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde de forma adequada e oportuna.
Método de Cálculo	Total de consultas disponibilizadas no SISREG/ Meta pactuada para consultas x 100
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Espera-se que 100% da oferta de Consultas especializadas esteja inserida no Sistema de Regulação.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico; Sistema de Regulação.
Relevância	Eficiência na gestão na oferta de vagas e qualidade da assistência.



<b>Nome</b>	<b>Taxa de absenteísmo de consultas médicas ambulatoriais, por especialidade</b>
Domínio	Articulação com a rede
Conceito	Refere-se ao não comparecimento de um usuário a uma consulta ou procedimento agendado, sem comunicação prévia.
Método de Cálculo	$\text{N}^\circ \text{ de consulta especializadas não executados} / \text{N}^\circ \text{ total de consultas especializadas agendadas} \times 100$
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. Espera-se que a taxa de absenteísmo seja menor que 15%.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico; Sistema de Regulação
Relevância	Eficiência na gestão na oferta de vagas.

<b>Nome</b>	<b>Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Refere-se ao cumprimento do protocolo de prevenção da pré-eclâmpsia grave.
Método de Cálculo	$(\text{Gestantes com pré-eclâmpsia Grave que receberam Sulfato de Magnésio}) * 100 / (\text{Total de gestantes com pré-eclâmpsia grave atendidas na instituição})$
Interpretação	Espera-se que 100% das pacientes atendidas na instituição com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave tenham acesso oportuno ao tratamento.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico
Relevância	Eficiência no desempenho assistencial e redução de mortalidade materna por eclampsia.



Nome	Proporção de partos cesáreos
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Refere-se à análise das taxas de parto cesáreos em relação a partos normais.
Método de Cálculo	$(\text{Total de partos via cesariana}) * 100 / (\text{total de partos vaginais mais cesáreas});$ excluindo partos ocorridos fora, mas levados posteriormente ao hospital; e abortamentos
Interpretação	Espera-se atingir o índice de 30% de partos via cesariana.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico
Relevância	Eficiência no desempenho assistencial e redução de índices de cesarianas, garantindo o cumprimento de um pré-requisito da IHAC.

Nome	Utilização de partograma
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	É a representação gráfica do trabalho de parto (TP), que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias. Sua aplicação é considerada como uma boa prática em saúde no contexto da assistência ao parto e nascimento, devendo ser preenchido a partir do momento que a gestante entra na fase ativa do trabalho de parto.
Método de Cálculo	$N^{\circ}$ de parturientes que tiveram partograma preenchido no pré-parto * 100 / $n^{\circ}$ de parturientes que passaram pelo pré-parto



Interpretação	Estima-se que 100% das pacientes admitidas que realizaram parto na instituição tiveram avaliação do trabalho de parto através do partograma, devidamente preenchido.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico
Relevância	Garantir as boas práticas do parto e nascimento, acompanhar a evolução, documentar e diagnosticar alterações no TP; indicar a tomada de condutas apropriadas; evitar intervenções desnecessárias

<b>Nome</b>	<b>Garantir acesso do acompanhante da gestante durante trabalho de parto, parto e pós-parto</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	A Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 visa garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS
Método de Cálculo	$(\text{Número de gestantes com acompanhante durante trabalho de parto, parto e pós-parto}) * 100 / (\text{Número total de gestantes durante trabalho de parto, parto e pós-parto})$
Interpretação	Espera-se identificar a presença do acompanhante de livre escolha da mulher em 100% das pacientes atendidas nas maternidades vinculadas à SES/AM
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico
Relevância	Garantir as boas práticas do parto e nascimento e cumprimento da Lei do acompanhante.

<b>Nome</b>	<b>Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor</b>
Domínio	Desempenho assistencial



Conceito	Os métodos não farmacológicos (MNF) são uma opção para substituir analgesia durante o TP/parto e auxiliar as parturientes a lidar com suas queixas algicas. Dentre elas, incluem-se: técnicas de respiração, hidroterapia (banho, parto na água e banheira para imersão), massagem, acupuntura/acupressão, estimulação elétrica transcutânea e hipnoterapia.
Método de Cálculo	$N^{\circ}$ de parturientes que receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor no pré-parto * 100 / $n^{\circ}$ de parturientes que passaram pelo pré-parto
Interpretação	Espera-se a oferta de métodos não farmacológico de alívio da dor em >70% das pacientes atendidas na unidade.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico
Relevância	Garantir as boas práticas do parto e nascimento.

Nome	Triagem Neonatal
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	A Triagem Neonatal é um conjunto de ações preventivas, responsável por identificar precocemente indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas, para que estes possam ser tratados em tempo oportuno, evitando as sequelas e até mesmo a morte. Além disso, propõe o gerenciamento dos casos positivos através de monitoramento e acompanhamento da criança durante o processo de tratamento.
Método de Cálculo	100% dos recém-nascidos devem realizar os testes de triagem neonatal: Teste do Reflexo Vermelho (teste do olhinho), Triagem Auditiva Neonatal (teste da orelhinha) e Oximetria de pulso (teste do coraçãozinho).
Interpretação	A avaliação será dicotômica, ou seja, se todos os recém-nascidos realizarem os testes terá pontuação e, caso algum receba alta sem realizar, não pontuará.

Fonte de Dados    Prontuário Eletrônico

Relevância        Identificação precoce de patologias neonatais congênitas.

**Nome                    Taxa de erro de prescrição de medicamentos**

Domínio            Desempenho assistencial

Conceito            Esse indicador tem por finalidade monitorar a qualidade das prescrições medicamentosas bem como a ocorrência de erros da prescrição.

Método de Cálculo    N° de medicamentos prescritos com erro/N° total de medicamentos prescritos \*100

Interpretação        Aumento de taxa de notificação pode representar maior sensibilidade da equipe para notificação. O indicador deve ser avaliado mensalmente e a taxa de redução estabelecida de acordo com série histórica de cada instituição.

Fonte de Dados    Notificações do NSP.

Relevância        Essencial para a qualidade da assistência.

**Nome                    Taxa de erro de dispensação de medicamentos**

Domínio            Desempenho assistencial

Conceito            Esse indicador tem por finalidade monitorar a qualidade das dispensações farmacêuticas bem como a ocorrência de erros de dispensação.

Método de Cálculo    N° de medicamentos dispensados com erro/N° total de medicamentos prescritos \*100



Interpretação	Aumento de taxa de notificação pode representar maior sensibilidade da equipe para notificação. O indicador deve ser avaliado mensalmente e a taxa de redução estabelecida de acordo com série histórica de cada instituição.
Fonte de Dados	Notificações do NSP.
Relevância	Essencial para a qualidade da assistência.

<b>Nome</b>	<b>Taxa de erro de administração de medicamentos</b>
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Esse indicador tem por finalidade monitorar a administração das medicações prescritas bem como a ocorrência de erros da administração.
Método de Cálculo	$N^{\circ}$ de medicamentos administrados com erro/ $N^{\circ}$ total de medicamentos prescritos *100
Interpretação	Aumento de taxa de notificação pode representar maior sensibilidade da equipe para notificação. O indicador deve ser avaliado mensalmente e a taxa de redução estabelecida de acordo com série histórica de cada instituição.
Fonte de Dados	Notificações do NSP.
Relevância	Essencial para a qualidade da assistência.

<b>Nome</b>	<b>Taxa de adesão ao protocolo de Cirurgia Segura</b>
Domínio	Desempenho assistencial

Conceito	Esse indicador tem por finalidade monitorar a adesão ao Protocolo de Cirurgia Segura por meio do check list baseado no modelo da OMS
Método de Cálculo	$N^{\circ}$ total de check list preenchido completo/ $N^{\circ}$ total de cirurgias no mês*100
Interpretação	Quanto maior a adesão ao check list melhor a cultura de segurança cirúrgica institucional. Espera-se a adesão mínima acima de 50%.
Fonte de Dados	Prontuário eletrônico; Notificações do NSP.
Relevância	Essencial para a qualidade da assistência.

<b>Nome</b>	<b>Qualidade do registro do prontuário eletrônico do paciente</b>
Domínio	Gestão e desenvolvimento institucional
Conceito	O PEP permite o compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde, como base legal para as ações médicas, fonte de pesquisas clínicas, estudos epidemiológicos, avaliações da qualidade do cuidado do paciente, vigilância a reações adversas de drogas e, também, como fonte de educação e reciclagem médica continuada. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução nº 63 de 25 de novembro de 2011, dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os Serviços de Saúde, inclui no Artigo 26 a responsabilidade das instituições quanto a garantir que o prontuário contenha registros completos e confiáveis relativos à identificação e a toda assistência prestada ao paciente.
Método de Cálculo	$(\text{Número de registros de prontuário amostrados que atendem ao protocolo institucional da qualidade da informação de pacientes da SESAM}) / (\text{Número de registros de prontuário amostrados}) * 100$
Interpretação	Quanto maior o número calculado, melhor o desempenho e corresponde à adesão dos profissionais de saúde ao registro adequado no PEP.

Fonte de Dados    Prontuário Eletrônico

Relevância    Boas práticas clínicas, garantia do cuidado, geração de dados em saúde.

### **3. METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS**

Os indicadores apresentados nesta Cartilha servem como base para o alcance de Metas Qualitativas e Quantitativas. As metas quantitativas são expressas por números ou estatísticas, enquanto as metas qualitativas são representadas por fatos, ações observáveis e aspectos intangíveis.

As metas serão definidas de acordo com o perfil de cada unidade de saúde, levando em consideração sua capacidade instalada, os serviços disponíveis, e sua avaliação será formalizada por meio de um instrumento de pactuação de metas.

## Referências Bibliográficas

Vanni, J. Mensuração do tempo dos processos relacionados à rotina cirúrgica de um hospital de ensino. Botucatu 2020.

Jr ASC, Leão L.E.V, Novais M.A.P, Zucchi P. Avaliação dos indicadores de qualidade de tempo operatório e não operatório de um hospital universitário público. Einstein. 2015;13(4):594-9.

Landim, F.M; Paiva F.D.S; Fiuza, M.L.T; Oliveira, EP; Pereira, J.G; Siqueira, I.A. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. Rev. Col. Bras. Cir. 36 (4). Ago 2009.

Oliveira, S.A, Favaretto, F. Qualidade da Informação do Prontuário Eletrônico do Paciente no Processo de Apoio à Decisão Clínica. J. Health Inform. 2021 Janeiro-Março; 13(1): 17-23

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.<sup>a</sup> edição. Brasília – DF 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Rio de Janeiro, Secretaria Municipal. Manual ficha técnica de indicadores assistenciais atenção hospitalar. Rio de Janeiro, 2023.

Maranhão, Secretaria de Estado da Saúde. Manual de indicadores SES-MA 2021 / Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde; Elaboração de Anna Cindy Araújo Leite ... [et al.]. -São Luís: SAAS / SES-MA, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde,

Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Mascarenhas, V.H.A; Lima, T.R; Silva, F.M.D; Negreiros, F.S; Santos, J.D.M; Moura, M.Á.P; Gouveia, M.T.O; Jorge, H.M.F. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. Revisão Integrativa • Acta Paul Enferm 32 (3) • May-Jun 2019 disponível: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>. Consultado em: 08/01/2025

BRASIL. Ministério da saúde. Programa Nacional da Triagem Neonatal. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/sangue/pntn>. Consultado em: 09/01/2025