Saúde
Amazonas
INTERIOR

CARTILHA
DE AVALIAÇÃO DE
DESEMPENHO DAS UNIDADES
DE SAÚDE DO NTERIOR DO AMAZONAS

Programa Saúde Amazonas

Secretaria de Estado de Saúde

AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO
TRABALHO QUE TRANSFORMA

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

Secretária Executiva de Assistência
Liege Maria Menezes Rodrigues

Secretária Executiva de Atenção Especializada e Políticas de Saúde
Laís Moraes Ferreira

Secretária Executiva Adjunta de Assistência
Mônica Lima de Melo e Melo

Secretária Executiva Adjunta do Interior
Rita Cristiane dos Santos Almeida

Secretário Executivo Adjunto de Atenção Especializada
Everton Bandeira Guimarães

Secretária Executiva Adjunta de Políticas de Saúde
Nara Núbia Valente Santana Esquível

Secretário Executivo Adjunto de Gestão Administrativa
Heleno de Lion Costa da Rocha Quinto

Secretária Executiva Adjunta de Controle Interno
Kamila Araújo Pinheiro

Secretário Executivo Adjunto de Orçamento e Finanças
Paulo Cézar da Silva Câmara

ELABORAÇÃO

Assessoria Técnica: Jani Kenta Iwata
Kelem Maia Portela
Carla Virgínia Cordeiro Benvenuto dos Santos
Suellen do Nascimento Barbosa
Mara Rodrigues da Graça
Fernanda Diran

Janeiro, 2025

Meus amigos,

Como governador, tenho me dedicado ao longo de todos esses anos ao trabalho de promover assistência e qualidade de vida às pessoas que mais precisam, em todas localidades e comunidades mais distantes do Amazonas.

E entre as ações desenvolvidas pelo nosso governo, a reestruturação do sistema de Saúde do Estado tem recebido atenção especial.

Nossas equipes da Secretaria de Estado de Saúde (SES-AM) estão empenhadas e dispostas a trabalhar nessa transformação e, para isso, sabemos o quanto é importante a atuação alinhada entre Estado e municípios.

As Prefeituras Municipais são parceiras fundamentais na prestação de um serviço de qualidade e, por isso, acreditamos ser essencial dar às Secretarias Municipais de Saúde assistência técnica para que executem de forma plena suas atribuições, proporcionando um atendimento satisfatório e eficiente ao cidadão.

Pensando nisso, a SES-AM elaborou a Cartilha da Avaliação de Desempenho das Unidades de Saúde do Interior do Amazonas, um marco importante na nossa jornada para transformar a Saúde no estado.

A Cartilha de Avaliação de Desempenho foi projetada para apoiar essa missão, fornecendo orientações claras e objetivas para a implementação de indicadores de desempenho, que farão total diferença no atendimento da ponta e bem-estar do paciente.

Desejo a todos uma excelente leitura e que este documento contribua para a melhoria contínua dos serviços prestados aos amazonenses.

Wilson Lima,
Governador do Amazonas

AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

Sumário

APRESENTAÇÃO..... 05
INTRODUÇÃO 06
CONTEXTUALIZAÇÃO..... 07
CARACTERIZAÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE..... 12
Macrorregião Central **12**
Macrorregião Leste **15**
Macrorregião Oeste **18**
GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES 21
1. INDICADORES POR TIPOLOGIA DE SERVIÇO..... 29
1.1 Hospital Geral (HG)..... 29
1.2 Unidade de Pronto-Atendimento – UPA 30
1.3 Hospital Geral e Maternidade 30
1.4 Unidades Básicas de Saúde..... 31
2. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES..... 32
3. METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS..... 54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 55

Apresentação

A Cartilha de Avaliação de Desempenho das Unidades de Saúde do Interior do Estado do Amazonas foi elaborada com o intuito de solidificar um instrumento com os elementos descritivos dos principais indicadores assistenciais aplicáveis aos diversos perfis das unidades de saúde do interior que integram a rede de atenção do Estado do Amazonas.

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 fundamentados 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.

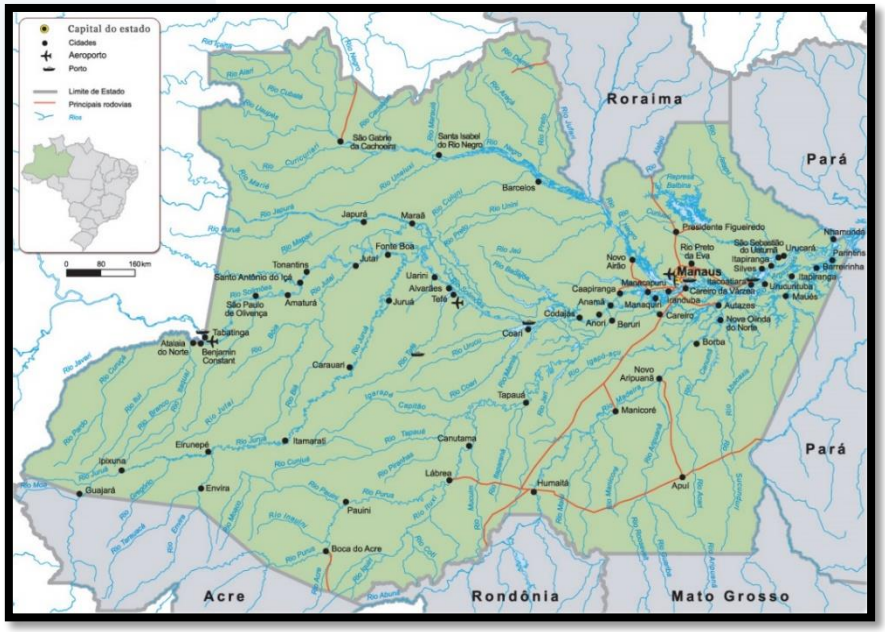
Desse modo, a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas desenvolveu ferramenta de monitoramento dos indicadores com os domínios de desempenho assistencial, gestão e desenvolvimento institucional, articulação com a rede e desempenho da atenção primária à saúde para avaliação do desempenho das unidades de saúde, 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.

Contextualização

O estado do Amazonas possui 62 municípios distribuídos em uma área territorial de 1.559.256,365 km2 e população de 3.941.613 habitantes. Está organizado em 03 (três) Macrorregiões de Saúde e 09 (nove) Regiões de Saúde, cada uma com suas singularidades e desafios. Estas regiões são agrupamentos de municípios que devem compartilhar recursos e estratégias para melhorar os serviços de saúde oferecidos à população local, organizados no que chamamos de regionalização.

Fig. 01: Mapa do Estado do Amazonas



Fonte: https://www.guiageo.com/amazonas.htm

Fig. 02: Informações Gerais do Amazonas

Unidade Federativa:	Amazonas
Área:	1.559.257 km² ✓ Maior estado do Brasil em área territorial ✓ Barcelos é o maior município em extensão territorial do Amazonas e o menor é Iranduba.
Densidade Populacional:	2,53 hab./km² ✓ Tem a menor densidade demográfica
População:	3.941.613 habitantes
Número de municípios	62 municípios ✓ **2** municípios com até 10 mil habitantes (Japurá e Anamã) ✓ **24** municípios entre 10 a 20 mil habitantes ✓ **33** municípios entre 20 a 100 mil habitantes. ✓ **03** municípios com mais de 100 mil habitantes (Manaus, Itacoatiara e Manacapuru)

Fonte: https://www.saude.am.gov.br/regionalizacao

Fig. 03: Macrorregiões de Saúde do Estado do Amazonas

Fonte: Deplan/SES-AM

Fig. 04: Microrregiões de Saúde do Estado do Amazonas

Fonte: https://www.saude.am.gov.br/regionalizacao

A regionalização da saúde no Amazonas é um processo complexo e desafiador, dada a vastidão geográfica e a diversidade cultural dessa região brasileira.

A Região Amazônica enfrenta desafios singulares em saúde pública, incluindo doenças tropicais e acesso limitado a comunidades remotas, exacerbados pela infraestrutura precária e escassez de profissionais de saúde em algumas áreas.

Fig. 05: Município de Tefé

Fonte: SEAI/SES-AM

A regionalização da saúde é fundamental para garantir que todas as pessoas, independentemente de onde vivam, tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, respeitando suas necessidades e contextos culturais específicos. É um processo contínuo que exige adaptação constante às condições locais e um compromisso contínuo com a saúde e o bem-estar de todas as comunidades amazonenses.

Fig. 06: Comunidade Ribeirinha no Amazonas

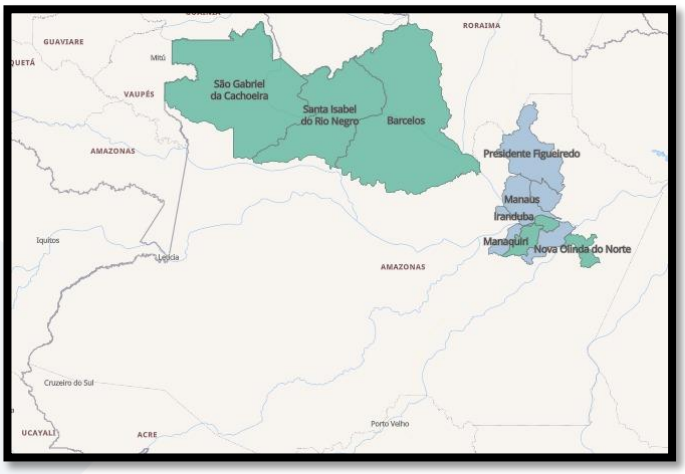
Fonte: https://medicinasa.com.br/ribeirinhos-amazonas-amapa

A Secretaria Estadual de Saúde, entendendo sua função como coordenadora do sistema de saúde junto às secretarias municipais, elaborou ferramenta para que, através de indicadores de desempenho assistencial, gestão e desenvolvimento institucional, articulação com a rede e desempenho da atenção primária à saúde, possa auxiliar na avaliação das unidades de saúde do interior do estado, observando as estruturas da atenção primária, secundária e terciária, a fim de provocar uma autoavaliação e promover o monitoramento, buscando o aprimoramento nos processos de trabalho e eficiência na assistência.

Caracterização das Regiões de Saúde

Macrorregião Central

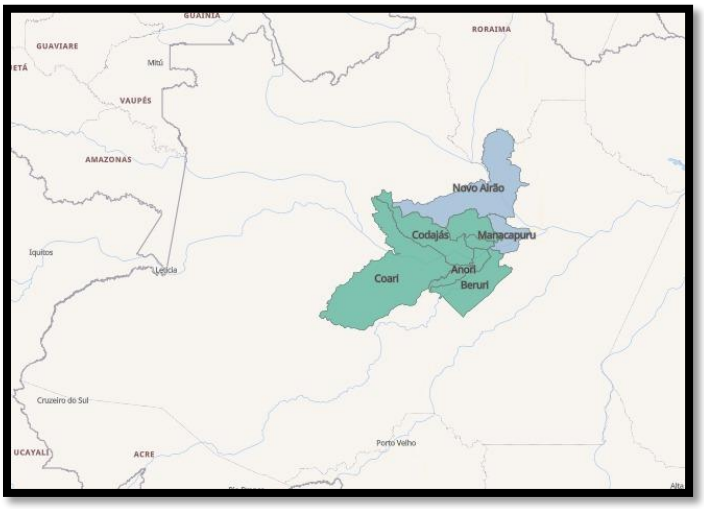
Manaus e Entorno



Informações consolidadas

- Nº de Municípios: 12
- Municípios: Autazes, Barcelos, Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Manaquiri, Manaus, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira.
- Município de referência: Manaus.
- População: 2.401.411
- % População: 61%
- Área Territorial Km2: 365.274
- Densidade Demográfica: 6,57

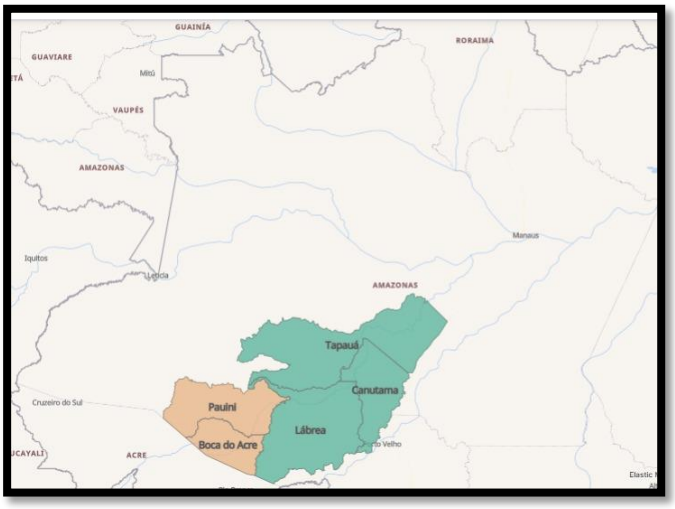
Rio Negro e Solimões



Informações consolidadas

- Nº de Municípios: 8
- Municípios: Anamã, Anori, Beruri, Caapiranga, Coari, Codajás, Manacapuru e Novo Airão.
- Município de referência: Manacapuru.
- População: 273.152
- % População: 7%
- Área Territorial Km2: 157.197
- Densidade Demográfica: 1,74

Purus

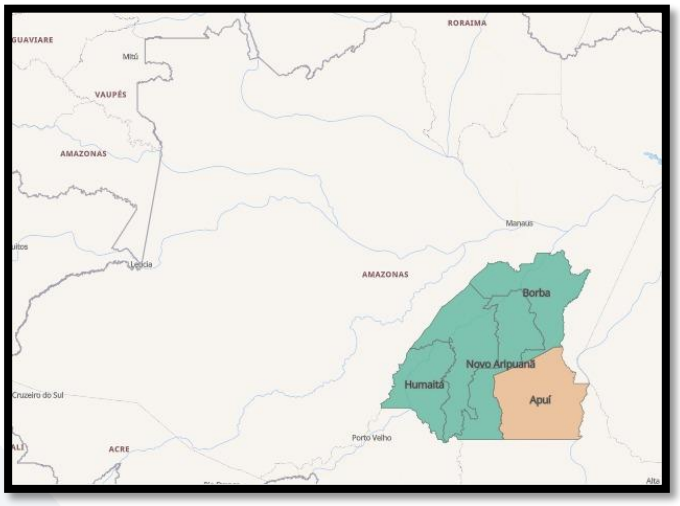


Informações consolidadas

- Nº de Municípios: 5
- Municípios: Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini e Tapauá.
- Município de referência: Lábrea.
- População: 136.736
- % População: 3%
- Área Territorial Km2: 250.416
- Densidade Demográfica: 0,55

Macrorregião Leste

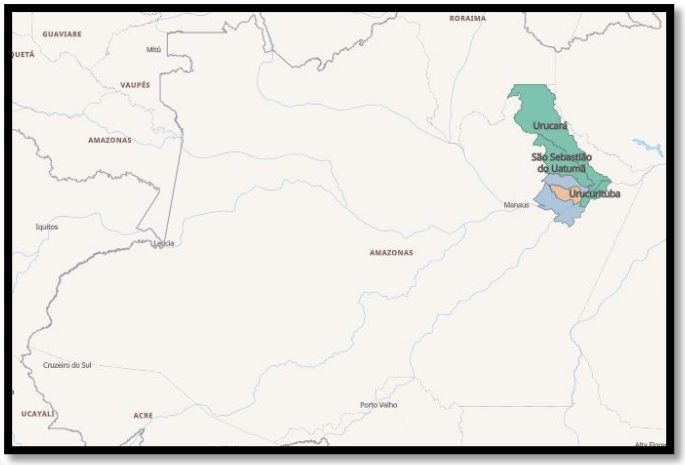
Madeira



Informações consolidadas

- Nº de Municípios: 5
- Municípios: Apuí, Borba, Humaitá, Manicoré e Novo Aripuanã.
- Município de referência: Humaitá
- População: 188.932
- % População: 5%
- Área Territorial Km2: 221.083
- Densidade Demográfica: 0,85

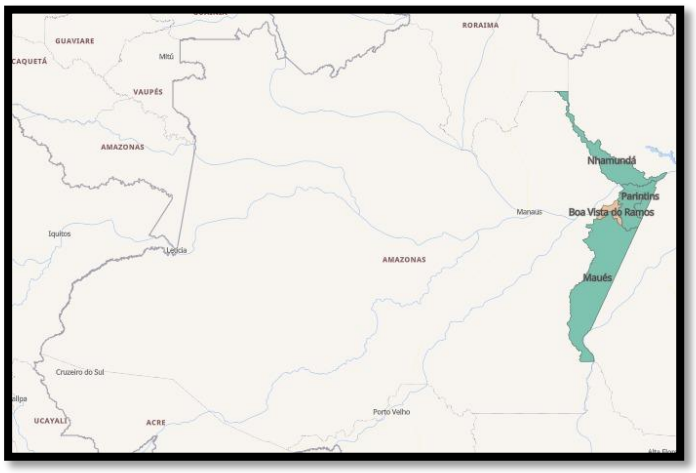
Médio Amazonas



Informações Consolidadas

- Nº de Municípios: 6
- Municípios: Itacoatiara, Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, Silves, Urucará e Urucurituba.
- Município de referência: Itacoatiara
- População: 179.565
- % População: 5%
- Área Territorial Km2: 58.385
- Densidade Demográfica: 3,08

Baixo Amazonas

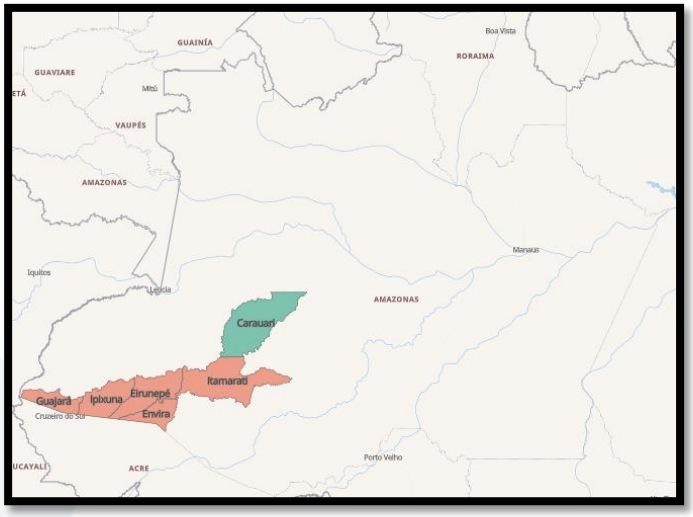


Informações Consolidadas

- Nº de Municípios: 5
- Municípios: Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Maués, Nhamundá e Parintins.
- Município de referência: Parintins
- População: 232.548
- % População: 6%
- Área Territorial Km2: 68.395
- Densidade Demográfica: 3,40

Macrorregião Oeste

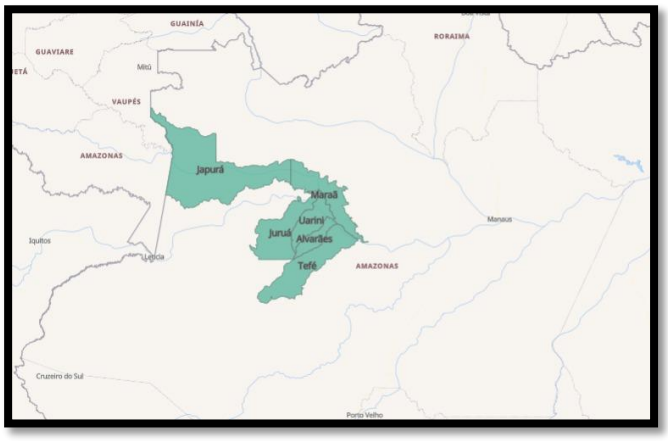
Juruá



Informações Consolidadas

- Nº de Municípios: 6
- Municípios: Carauari, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna e Itamarati.
- Município de referência: Eirunepé
- População: 128.161
- % População: 3%
- Área Territorial Km2: 93.205
- Densidade Demográfica: 1,38

Triângulo



Informações Consolidadas

- Nº de Municípios: 6
- Municípios: Alvarães, Japurá, Juruá, Maraã, Tefé e Uarini.
- Município de referência: Tefé
- População: 139.095
- % População: 4%
- Área Territorial Km2: 131.991
- Densidade Demográfica: 1,05

Alto Solimões

Informações Consolidadas

- Nº de Municípios: 9
- Municípios: Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutaí, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins.
- Município de referência: Tabatinga
- População: 262.013
- % População: 7%
- Área Territorial Km2: 213.311
- Densidade Demográfica: 1,23

Glossário de termos hospitalares

As definições constantes da Portaria SAS n° 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.

*Notas técnicas**:**.... Idealmente um paciente deve permanecer em observação apenas pelo tempo necessário, por exemplo, para que seja observado o efeito de um tratamento ou seja tomada uma decisão sob a internação ou não do mesmo. Os leitos de observação em geral oferecem menos condições de conforto e privacidade para os pacientes e por razões humanitárias deve-se manter o período de observação restrito ao necessário para a segurança do paciente e para a tomada da decisão clínica.*

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.

Notas técnicas (1): .... Para efeito de censo, as unidades de tratamento intensivo (UTI) devem ser consideradas unidades de internação.

Notas técnicas (2): .... Muitos pacientes iniciam o período de internação na unidade de emergência, às vezes lá permanecendo internados por vários dias, as unidades de emergência também devem realizar censos hospitalares.

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 n° 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 Hospital Geral (HG)

Domínio	Indicador
Desempenho Assistencial	Taxa de ocupação hospitalar
	Tempo médio de permanência
	Taxa de mortalidade institucional
	Taxa de densidade de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada à cateter venoso central (CVC) para municípios polo com Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
	Taxa de infecção do trato urinário associada a um cateter vesical de demora
	Taxa de incidência de Lesão por Pressão para municípios polo com Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
	Densidade de pneumonia associada a ventilação mecânica Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
	Taxa de Infecção de sítio cirúrgico Unidade de Terapia Intensiva para municípios polo com Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
	Incidências de quedas com dano
Gestão e Desenvolvimento institucional	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
Articulação com a Rede	Atualização do mapa de leitos
	Regulação SADT
	Regulação de consultas especializadas
	Taxa de transferência de pacientes dentro do perfil assistencial do hospital para outras unidades no período
	Taxa de absenteísmo de consultas médicas ambulatoriais, por especialidade

1.2 Unidade de Pronto-Atendimento – UPA

Domínio	Indicador
Desempenho Assistencial	Tempo Médio de Espera por Faixa de Classificação de Risco
	Tempo Médio de Permanência em Salas de Observação
	Incidências de quedas com dano
Gestão e Desenvolvimento institucional	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 Hospital Geral e Maternidade

Domínio	Indicador
Desempenho Assistencial	Taxa de ocupação hospitalar
	Tempo médio de permanência
	Taxa de mortalidade institucional
	Taxa de densidade de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada à cateter venoso central (CVC)
	Taxa de infecção do trato urinário associada a um cateter vesical de demora
	Densidade de pneumonia associada a ventilação mecânica
	Taxa de Infecção de sítio cirúrgico
	Incidências de quedas com dano
	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
	Atualização mensal do CNES

Gestão e Desenvolvimento institucional	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
Articulação com a Rede	Atualização do mapa de leitos
	Qualidade da alta hospitalar
	Taxa de transferência de pacientes dentro do perfil assistencial do hospital para outras unidades no período
	Taxa de absenteísmo de consultas médicas ambulatoriais, por especialidade

1.4 Unidades Básicas de Saúde

Domínio	**Indicador**
Desempenho da Atenção Primária à Saúde	Número de consulta de pré-natal por gestante
	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no mês
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no mês.
	Percentual de sobrepeso em adultos
	Percentual de baixo peso em crianças (0 a 5 anos)
	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos
	Percentual de baixo peso em idosos (IMC)
	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
	Cobertura Vacinal HPV

2. FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES

Nome	Taxa de ocupação hospitalar
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	(Número de pacientes-dia por clínica)/(Número de leitos-dia por clínica)*100
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	(Total de pacientes–dia no período)/(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.

Nome	Taxa de mortalidade institucional
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	(∑ de óbitos do período)/(∑ do total de saídas no mesmo período)*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.

Nome	**Tempo médio de espera por faixa de classificação de risco**
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	(∑ dos tempos de todos os pacientes em determinada faixa de risco)/(∑ 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.

Nome	**Tempo médio de permanência em salas de observação**
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	(∑ do total de pacientes-dia no período)/(∑ 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.

Nome	**Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada à cateter venoso central (CVC)**
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)*1000
Interpretação	Quando maior o valor encontrado pior a performance do serviço, pois indica maior índice de infecção durante a internação.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico; Relatório CCIH
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.

Nome	**Taxa de infecção do trato urinário associada a um cateter vesical de demora**
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)*100
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.

Nome	**Taxa de incidência de lesão por pressão**
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	(∑ de pacientes com lesão por pressão surgidas durante a internação)/(∑ de pacientes-dia no setor monitorado)*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.

Nome	Densidade de pneumonia associada a ventilação mecânica
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)*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, 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)*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	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	(∑ de pacientes com ocorrência de queda durante a internação)/(∑ de paciente-dia, no setor monitorado)*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	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	**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)*100.
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)*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)*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)*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.

Nome	**Implantação de pesquisa de satisfação do usuário percebida**
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: • Escala de porcentagem de 0 a 100% • Escala numérica de 0 a 5 • Escala de percepção, de satisfeito ou insatisfeito
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	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: **Hospitalar:** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo de Educação Permanente e Humanização e Núcleo Interno de Regulação Hospitalar. **Maternidade:** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Revisão de Prontuário, Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo de Educação Permanente e Humanização e Núcleo Interno de Regulação Hospitalar. **Ambulatorial/SPA e UPA:** Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Educação Permanente e Humanização e Núcleo Interno de Regulação Ambulatorial.
Método de Cálculo	(Total de atas de reuniões realizadas no mês)/(Total de reuniões programadas no mês)*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.

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)*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)*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.

Nome	**Taxa de absenteísmo de consultas médicas ambulatoriais, por especialidade**
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	(Nº de consulta especializadas não executados)/(Nº total de consultas especializadas agendadas) *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.

Nome	**Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave**
Domínio	Desempenho assistencial
Conceito	Refere-se ao cumprimento do protocolo de prevenção da pré-eclâmpsia grave.
Método de Cálculo	(Gestantes com pré-eclâmpsia Grave que receberam Sulfato de Magnésio)/(Total de gestantes com pré-eclâmpsia grave atendidas na instituição) *100
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	(Total de partos via cesariana)/(Total de partos vaginais mais cesáreas)*100; 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	(Nº de parturientes que tiveram partograma preenchido no pré-parto)/(Nº de parturientes que passaram pelo pré-parto)*100
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

Nome	**Garantir acesso do acompanhante da gestante durante trabalho de parto, parto e pós-parto**
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	(Nº de gestantes com acompanhante durante trabalho de parto, parto e pós-parto)/(Nº total de gestantes durante trabalho de parto, parto e pós-parto)*100
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.

Nome	**Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor**
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 álgicas. 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	(Nº de parturientes que receberam métodos não farmacológicos para alivio da dor no pré-parto)/(Nº de parturientes que passaram pelo pré-parto)*100

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	**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)/(Total de saídas cirúrgicas no mês anterior ao mês de competência) *100
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	**Qualidade do alta hospitalar**
Domínio	Articulação com a Rede
Conceito	O sumário ou resumo de alta hospitalar é um documento estratégico para a continuidade do cuidado, capaz de colaborar para a construção da integração e interdependência entre os serviços hospitalares e a atenção básica, a partir de documentos de comunicação.
Método de Cálculo	(Nº de altas hospitalares com a entrega de resumo de alta para o paciente no período)/(Nº de altas hospitalares no período) * 100
Interpretação	Quanto maior o número calculado, melhor o desempenho e corresponde à adesão dos profissionais de saúde ao preenchimento e entrega do resumo/sumário de alta.
Fonte de Dados	Prontuário Eletrônico
Relevância	Boas práticas clínicas, garantia do cuidado, geração de dados em saúde.

Nome	Número de consulta de pré-natal por gestante
Domínio	Desempenho da Atenção Primária à Saúde
Conceito	O número de consultas de pré-natal recomendadas pela Organização Mundial de Saúde são de 06 consultas, sendo a primeira necessariamente até a 12º semana de gestação.
Método de Cálculo	(Nº de gestantes que fizeram pelo menos seis consultas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação)/(Nº de gestantes que fizeram pré-natal na APS no mês) *100
Interpretação	Quanto maior o número calculado, melhor o desempenho e corresponde à adesão das gestantes ao pré-natal.
Fonte de Dados	Sistema de informação de Nascidos Vivos – SINASC (FVS)
Relevância	Boas práticas clínicas, garantia do cuidado.

Nome	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no mês
Domínio	Desempenho da Atenção Primária à Saúde
Conceito	A proporção de pessoas com hipertensão que tiveram consulta e a pressão arterial aferida no mês é um indicador de desempenho que mede a percentagem de pessoas com hipertensão que foram consultadas e tiveram a pressão arterial medida
Método de Cálculo	(Nº de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no mês)/(Nº de pessoas com hipertensão no SISAB)*100
Interpretação	Quanto maior o número calculado, melhor o desempenho e corresponde à adesão dos pacientes hipertensos ao acompanhamento na UBS.
Fonte de Dados	SISAB
Relevância	Boas práticas clínicas, garantia do cuidado.

Nome	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no mês.
Domínio	Desempenho da Atenção Primária à Saúde
Conceito	A proporção de pessoas com diabetes que tiveram consulta e exame de hemoglobina glicada solicitado é um indicador de desempenho que mede o acompanhamento de pessoas com diabetes.
Método de Cálculo	(Nº de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no mês)/(Nº de pessoas com diabetes no SISAB) *100
Interpretação	Quanto maior o número calculado, melhor o desempenho e corresponde à adesão dos pacientes ao acompanhamento na UBS.
Fonte de Dados	SISAB
Relevância	Boas práticas clínicas, garantia do cuidado.

Nome	Percentual de sobrepeso em adultos
Domínio	Desempenho da Atenção Primária à Saúde
Conceito	Pela definição da Organização Mundial da Saúde, obesidade é o excesso de gordura corporal, em quantidade que determine prejuízos à saúde. Uma pessoa é considerada obesa quando seu Índice de Massa Corporal (IMC) é maior ou igual a 30 kg/m2 e a faixa de peso normal varia entre 18,5 e 24,9 kg/m2. Os indivíduos que possuem IMC entre 25 e 29,9 kg/m2 são diagnosticados com sobrepeso e já podem ter alguns prejuízos com o excesso de gordura.
Método de Cálculo	(Nº de pessoas na idade adulta que apresenta IMC entre 25kg e 29,9Kg)/(Nº de pessoas na idade adulta acompanhadas no SISVAN no município) *100
Interpretação	Quanto menor o número calculado, melhor o desempenho e corresponde à adesão dos pacientes a um estilo de vida mais saudável.

Fonte de Dados	SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN / e-Gestor AB
Relevância	Boas práticas clínicas, garantia do cuidado.

Nome	**Percentual de baixo peso em crianças (0 a 5 anos)**
Domínio	Desempenho da Atenção Primária à Saúde
Conceito	Indicador utilizado para avaliar o estado nutricional das crianças e realizar o acompanhamento e adequação do peso, evitando agravos à saúde da criança
Método de Cálculo	(n° de crianças em baixo peso acompanhadas e registradas no SISVAN) /(Total de crianças (0 a 5 anos) acompanhadas e registradas no SISVAN) *100
Interpretação	Quanto maior o número de crianças com baixo peso, maior o risco nutricional e indica a necessidade de intervenção clínica e nutricional e monitoramento da equipe.
Fonte de Dados	SISVAN
Relevância	Boas práticas clínicas, garantia do cuidado.

Nome	**Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos**
Domínio	Desempenho da Atenção Primária à Saúde
Conceito	A proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos é o percentual de adolescentes que engravidam nessa faixa etária. A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, que envolve fatores biológicos, sociais, psicológicos, familiares, econômicos, políticos, étnicos e raciais.
Método de Cálculo	(Nº de Nascidos Vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período)/(Nº de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e período) *100

Interpretação	Quanto menor o número calculado, melhor o desempenho e corresponde à adesão das adolescentes às orientações de Planejamento Familiar e uso de contraceptivos.
Fonte de Dados	Sistema de informação de Nascidos Vivos – SINASC
Relevância	Boas práticas clínicas, garantia do cuidado.

Nome	**Percentual de baixo peso em idosos (IMC)**
Domínio	Desempenho da Atenção Primária à Saúde
Conceito	O baixo peso e a desnutrição vinculam-se às desigualdades nas condições de vida, refletindo-se nas oportunidades de acesso à educação, renda, serviços de saúde de qualidade, alimentação saudável, políticas públicas de promoção da saúde e apoio social. A avaliação e o monitoramento do estado nutricional dos idosos brasileiros tornam-se essenciais em um país marcado pela desigualdade social e coexistência de condições nutricionais relacionadas a carências e excessos, bem como pelo acelerado crescimento populacional desse segmento etário.
Método de Cálculo	(Nº de idosos que apresentam IMC menor ou ou igual a 22kg)/(Nº de idoso acompanhados no SISVAN no município) *100
Interpretação	Quanto menor o número calculado, melhor o desempenho e significa que os idosos estão tendo acesso à alimentação e menor risco nutricional.
Fonte de Dados	SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN / e-Gestor AB
Relevância	Boas práticas clínicas, garantia do cuidado.

Nome	**Número de pacientes com tratamento odontológico concluído**
Domínio	Desempenho da Atenção Primária à Saúde

Conceito	O indicador tem o objetivo de mensurar o número de pacientes que iniciaram o tratamento odontológico e conseguiram finalizar.
Método de Cálculo	(Nº de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da equipe Saúde Bucal em determinado período e local)/(Nº de primeiras consultas odontológicas) *100
Interpretação	Quanto maior o número calculado, melhor o desempenho e corresponde à eficiência quanto ao acesso e adesão do paciente.
Fonte de Dados	e-Gestor AB
Relevância	Boas práticas clínicas, garantia do cuidado.

Nome	**Cobertura Vacinal HPV**
Domínio	Desempenho da Atenção Primária à Saúde
Conceito	O indicador de cobertura vacinal do HPV é a proporção da população-alvo que recebeu a vacina contra o papilomavírus humano. A vacina contra o HPV é gratuita e está disponível no SUS. É a forma mais eficaz de prevenir a infecção pelo vírus, que pode causar lesões que evoluem para doenças graves.
Método de Cálculo	(Nº de doses aplicadas)/(Nº de população alvo) x100
Interpretação	Quanto maior o número calculado, melhor o desempenho e corresponde à melhor cobertura vacinal.
Fonte de Dados	https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_OCORRENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_OCORRENCIA.html
Relevância	Boas práticas clínicas, garantia do cuidado.

3. METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS

Os indicadores apresentados nesta Cartilha servem como base norteadora 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

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.ª 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

GOVERNO FEDERAL. Portaria SAS n° 312, de 2 de maio de 2002. Acesso: http://www.inova.saeb.ba.gov.br/sites/default/files/praticasPortaria%20n%C2%BA%20312.pdf. Data: 10 de Janeiro de 2024.

AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

TRABALHO QUE TRANSFORMA