

## ANEXO III APÊNDICE TÉCNICO I

### 1. Assistência à Urgência e Emergência:

1.1. Urgência/Emergência - manter o serviço em funcionamento nas 24 horas por dia, todos os dias da semana.

2. A avaliação de desempenho da Unidade se dará na seguinte forma.

2.1 O acompanhamento e avaliação de desempenho são instrumentos essenciais para assegurar que a organização está apresentando os resultados planejados, de modo que eventuais desvios possam induzir a redirecionamentos durante o curso das ações. 2.2ª avaliação das ações e metas programadas será efetivada levando-se em conta os indicadores de desempenho pré-fixados.

2.3A avaliação da unidade quanto ao alcance de metas será feita com base nos seguintes Indicadores de Desempenho, a partir do início da operação da Unidade, conforme discriminado abaixo:

**a) Indicadores Quantitativos:** Os indicadores quantitativos estão relacionados ao número de consultas, número de procedimentos e exames do total de atendimentos

**b) Indicadores Qualitativos:** Os indicadores de qualidade estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade .

**3. Os indicadores de Desempenho Quantitativos e Qualitativos**, bem como os pesos a eles atribuídos, poderão ser revistos a qualquer tempo, durante a vigência do Contrato de Gestão, em comum acordo entre as partes.

## RELAÇÃO DE INDICADORES

### 1 -INDICADORES DE ESTRUTURA

#### 1.1 -Indicador:percentual de número de leitos

Descrição: o indicador assegura que todos os leitos da UPA III estarão disponíveis e em plenas condições de uso, em regime de prontidão, com apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários, para manter pacientes em observação por período de até 24 horas, conforme Portaria 1601/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento da SEMS.

Periodicidade: mensal

Método de cálculo:



$$\frac{(\text{média mensal de n}^\circ \text{ de leitos disponíveis em funcionamento}) \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de leitos definidos pelo edital de chamamento}}$$

Meta: 100%

### 1.2 Indicador: equipe mínima de profissionais

Descrição: o indicador assegura que será mantida equipe mínima necessária para garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de acordo com edital.

Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento da SEMS

Periodicidade: mensal

Método de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Plantão com Equipe Assistencial Completa definida no edital}}{\text{N}^\circ \text{ de Plantões no mês}} \times 100$$

• Meta: 100%

## 2 Desempenho Assistencial

### 2.1 Percentual de pacientes atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco

Objetivo: Acesso rápido ao atendimento médico priorizando o risco de vida

Meta: 90%

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco} \times 100}{\text{Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco}}$$

Numerador: Número de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco

Denominador: Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco

### 2.3 Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência ≤24h.

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos em unidade pré-hospitalar fixa. Mede indiretamente a capacidade e eficácia do Serviço de Urgências para resolver os casos mais críticos com rapidez, seja solucionando o problema



com seus meios ou derivando o paciente para o serviço, unidade ou centro mais adequado a gravidade do caso.

**Meta: <4%**

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de óbitos na unidade de pacientes com permanência 24h por período}}{\text{Total de pacientes na unidade com tempo de permanência } \leq 24 \text{ h no período}} \times 100$$

**Numerador:** Número de óbitos na unidade de pacientes com permanência  $\leq 24$ h por período.

**Denominador:** Total de pacientes na unidade com tempo de permanência  $\leq 24$ h no período

Excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na UPA e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos). Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório.

#### **2.4 Percentual de Pacientes com Suspeita de AVC Atendidos Conforme a linha de cuidado do AVC**

Objetivo : medir a taxa de pacientes com suspeita de AVC que foram transferidos para o centro de referência em tempo hábil para tratamento definitivo.

Formula:  $\frac{\text{Total de pacientes transferidos com suspeita de AVC em tempo hábil para trombólise}}{\text{Total de pacientes atendidos com inicio de sintomas de AVC em até 3 horas}} \times 100$

**Meta: 100%**

**Linha de Cuidado AVC (Portaria Nº 665, de 12 de abril de 2011): a UPA deverá encaminhar relatório com pacientes identificados com suspeita de AVC com seguintes Dados:**

1-Tempo de abertura de FAA até consulta Médica
2-Tempo porta – centro de referência
3-Tempo sintoma – centro de referência

#### **2.5 Percentual de pacientes trombolisados + Percentual de pacientes**



submetidos a ICP

Meta: 100%

**Realizar cálculo dos indicadores.**

**Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio – IAM com supra de ST.**

Objetivo: medir a taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM com supra de ST que foram submetido a Trombólise via periférica.

Formula:  $\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período analisado}} \times 100$

**Percentual de Intervenção Coronário Percutânea realizadas no tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio – IAM com supra de ST.**

Objetivo: medir a taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM com supra de ST que foram submetido a ICP.

Formula:  $\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Transferidos para al CPX}}{100}$

Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período analisado

**Linha de cuidado do Infarto agudo do miocárdio (Portaria Nº 2994, de 13 de dezembro de 2011) a Upa deverá encaminhar relatório com pacientes identificados com suspeita de IAM com seguintes dados:**

<b>Tempo porta – classificação</b>
<b>Tempo porta ECG</b>
<b>Tempo porta balão</b>
<b>Tempo porta agulha</b>
<b>Tempo porta transferência</b>
<b>Desfecho final na UPA com data e horário</b>

**2.6 Percentual de pacientes vitimados por Trauma atendidos na Sala Vermelha.** Objetivo : medir a resolutividade das diferentes variáveis de pacientes vítimas de trauma na condução do atendimento.

Formula:  $\frac{\text{Total de pacientes atendidos por trauma em determinado período que receber a alta}}{\text{Total de pacientes com trauma atendidos no período}} \times 100$

Total de pacientes com trauma atendidos no período

META: 80%

Excluem-se deste indicador pacientes que por ventura tenham chegado em óbito, sejam trazidos pelos serviços de atendimento pré-hospitalar (morte na



ambulância por exemplo) ou trazidos por populares onde o médico assistente constatou óbito logo no início do atendimento, no entanto deve incluí-lo no relatório de tempo de atendimento sem prejuízo ao cálculo deste indicador.

Linha de Cuidado Trauma (Portaria Nº 1600, de 07 de julho de 2011) a UPA devera encaminhar relatórios com pacientes identificados como vítimas de Trauma

<b>1-Tempo trauma UPA 24h</b>
<b>2-Tempo porta atendimento médico</b>
<b>3-Tempo porta transferência</b>
<b>4-Mecanismo de trauma</b>
<b>5-Desfecho final na UPA com data e horário</b>

## 2.7 Índice de Suspeição de SEPSE e abertura do protocolo

A suspeita de SEPSE precoce é de extrema importância para o melhor prognóstico da doença. Quanto mais cedo for indicado o tratamento adequado, melhores são as chances do paciente. Por isto este indicador procura avaliar a suspeita de SEPSE e pode ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde e não necessariamente apenas pelo médico assistente. Os critérios seguem as indicações da publicação do Instituto Latino Americano de Sepsis na sua última versão (atualmente a de 2019) e deve ser utilizada classificação de risco, na sala vermelha e na observação (neste último caso pode-se acrescentar os resultados de exames laboratoriais para melhorar o alcance do protocolo).

A suspeição poderá ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, mas a decisão da continuidade do protocolo será do médico assistente, que poderá encerrar ou dar continuidade aos passos seguintes do protocolo. Uma vez diagnosticada a SEPSE, as condutas para o tratamento devem ser iniciadas imediatamente. Para tanto foi desenvolvida pelo ILAS a utilização de pacotes de tratamento, atualmente conhecidos por pacote de 1 hora e check point de 6 horas.

Os critérios de suspeita são:

**PELO MENOS DOIS SINAIS DE SRIS- SÍNDROME DA RESPOSTA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA**

SINAIS E EXAMES	REFERÊNCIA	SETOR
Frequência Cardíaca	>90 bpm	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, OBSERVAÇÃO, SALA VERMELHA
Frequência Respiratória	>20 ipm	
Temperatura Axilar	>37,8 ou < 35°C	
Leucócitos	>12.000mm <sup>3</sup> < 4000mm <sup>3</sup>	OBSERVAÇÃO E



Desvio a Esquerda		SALA VERMELHA QUANDO DISPONÍVEL
-------------------	--	------------------------------------

**OU PELO MENOS UM CRITÉRIO DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA**

SINAIS E EXAMES	SETOR
HIPOTENSÃO PAS < 90mm Hg	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, OBSERVAÇÃO, SALA VERMELHA
SONOLÊNCIA	
AGITAÇÃO OU COM A	
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> ≤ 90%	
NECESSIDADE DE O <sub>2</sub> OU DISPNEIA	
DIURESE < 0,5ml/Kg/hora	OBSERVAÇÃO E SALA VERMELHA QUANDO DISPONÍVEL
CREATINA > 2,0mg/dl	
LACTATO ACIMA DO VALOR DE REFERÊNCIA	
PLAQUETAS < 100.000mm <sup>3</sup> ou INR> 1,5	
BILIRRUBINA > 2mg/dl	

**Cálculo**

$$\frac{\text{Nº de pacientes com critérios de suspeita de SEPSE com protocolo aberto no período}}{\text{Nº de pacientes com critérios de SEPSE total no período}} \times 100$$

**Meta: 100%**

Para avaliar este indicador, dentro da estratégia, além da contagem de protocolos abertos, é necessário a avaliação através de busca ativa e revisão das fichas de atendimento ambulatorial.

**2.8 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce da SEPSE**

A contratada deve elaborar um protocolo de atendimento seguindo as melhores evidências disponíveis. A ênfase do protocolo deverá ser dada ao pacote de 1 hora, tendo em vista a sua importância para sobrevivência dos pacientes.

Sendo assim, o indicador demonstra quantos pacientes tiveram o protocolo aberto e não receberam tratamento no tempo adequado.

O cálculo se dará pela seguinte fórmula:

A = Número de protocolos abertos pela equipe no período

B = Número de pacientes que receberam o “pacote de 1 hora”

C = Número de protocolos fechados pelo médico

**Formula:**

## A – (B-C)

**META = 0**

### 2.9 Adesão ao protocolo

Os pacientes que receberem o pacote de 1 hora devem obrigatoriamente serem reavaliados pelo médico assistente em até 6 horas. Este indicador demonstra a aderência da equipe médica ao protocolo.

Cálculo do indicador:

$$\frac{\text{Nº de pacientes que foram avaliados no } \textit{check point} \text{ de 6 horas no período} \times 100}{\text{Nº de pacientes que fizeram uso pacote de 1 hora no período}}$$

Meta: >90%

## 3 – INDICADORES DE DESEMPENHO

### 3.1 – Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados para UBS.

Descrição: Este indicador assegura que a maior parte dos pacientes classificados com prioridade azul sejam encaminhados para unidade básica de saúde para acompanhamento.

Método de cálculo:

$$\frac{\sum \text{de pacientes que foram classificados em azul encaminhados para UBS no período} \times 100}{\sum \text{de pacientes que foram classificados em azul no período}}$$

Meta: 90%

### 3.2 Percentual de pacientes encaminhados pela Regulação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) através de suas unidades móveis

Descrição: o indicador assegura que todos os pacientes encaminhados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar (SAMU, corpo de bombeiros, etc.) através de suas unidades móveis de suporte Básico e Avançado sejam atendidos pela UPA III, que funcionará como local de estabilização destes pacientes, estando disponível para atendimento, em regime de prontidão, com apoio diagnóstico terapêutico ininterrupto, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários.

Fonte de comprovação: Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento do SAMU/ documentos ou relatórios do serviços

Periodicidade: mensal Método de cálculo:

$$\frac{(\text{Nº de pacientes encaminhados pelos serviços de APH}) \times 100}{\text{Nº de pacientes atendidos pela UPA 24h encaminhados pela regulação do serviço}}$$

Meta: 100%

### **3.3 Indicador: Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco.**

A classificação de risco é uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Humanização. Sendo um processo dinâmico de identificação da gravidade de pacientes com o objetivo de otimizar recursos, atendendo primeiramente os pacientes mais graves dando um atendimento equânime aos pacientes durante 24h do dia.

$$\frac{\Sigma \text{pacientes acolhidos com classificação de risco no período}}{\Sigma \text{pacientes atendidos na UPA no período}} \times 100$$

Meta: 100%

### **3.4 Indicador: proporção de notificações de agravos de Notificação Compulsória**

Descrição: o indicador assegura que todas as doenças e agravos de Notificação Compulsória sejam devidamente lançadas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) para controle epidemiológico junto à Vigilância Epidemiológica.

- Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento VISA
- Periodicidade: mensal

Método de cálculo:

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de casos notificados})}{\text{N}^\circ \text{ de casos atendidos cuja suspeita ou confirmação diagnóstica são definidos como notificáveis pelo SINAN}} \times 100$$

Nº de casos atendidos cuja suspeita ou confirmação diagnóstica são definidos como notificáveis pelo SINAN

Meta: 100%

A complexidade dos indicadores de qualidade é crescente e gradual considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, novos indicadores poderão ser introduzidos, sendo que os indicadores aqui pactuados tornar-se-ão pré-requisitos para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados. Desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados.

### **3.5 Indicador de óbitos por causa indeterminada no período.**

O correto preenchimento da declaração de óbito (D.O.) fornece valiosa informação para a construção do perfil epidemiológico da população para as três instâncias: federal, estadual e municipal. Sendo assim, o médico assistente deverá ter o zelo de preencher os CID secundário e Terciário desde que possível. Além disto, o médico é o responsável por todas as informações contidas na D. O. Não deve assinar uma Declaração de Óbito em branco ou deixar declarações previamente assinadas; deve verificar se todos os itens de identificação estão devida e corretamente preenchidos.



Este indicador avalia a adesão da equipe médica no correto preenchimento deste documento. Atenção: D.O por causa indeterminada - cidR95-99. Deve ser revista em Comissão de Óbito. D.O. só com causa primária, não é o correto mas é “aceitável.”

Periodicidade mensal:

$$\frac{\text{Nº de D.O.s preenchidas por causa indeterminada no período} \times 100}{\text{Nº total de D.O.s no período}}$$

Meta: <5%

### 3.6 Nova consulta em menos de 24 horas.

Segundo a cartilha da Política Nacional de Humanização os pacientes que retornam na UPA em menos de 24 horas devem ser classificados no mínimo com verde, podendo ser classificado em amarelo e vermelho caso necessário, mas nunca como azul. Os dados deste indicador devem ser colhidos durante o atendimento na classificação de risco e servirá como indicativo de resolutividade da UPA.

Formula:

$$\frac{\text{Nº de pacientes que retornaram a unidade pela mesma queixa em menos de 24 horas no período} \times 100}{\text{Nº de pacientes atendidos na unidade no período}}$$

Meta: <5%

## 5. Gestão

### 5.1 Percentual de Ficha de Atendimento Ambulatorial dentro do padrão de conformidades.

Objetivo: medir o percentual de FAA organizadas de acordo com as práticas operacionais requeridas

**Meta: >90%**

$$\text{Formula: } \frac{\text{Total de FAA dentro do padrão de conformidades} \times 100}{\text{Total de FAA analisados}}$$

**Numerador:**Total de FAA organizadas de acordo com as práticas operacionais requeridas no período.

**Denominador:**Total de FAA analisados no período.

Na descrição da revisão realizada pela comissão de prontuários, implantada no primeiro mês de funcionamento da unidade, deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento. A ata da referida comissão deverá estar anexa ao relatório mensal. A análise poderá ser feita por amostragem, desde sejam analisados no mínimo 10% do total de FAA abertos em decorrência de atendimento médico no período de 30 dias.

### **5.2 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturadas no período.**

O faturamento das FAAs são de extrema importância para diminuição de custos e glosa, demonstrando a eficiência do serviço de faturamento. A contratada deve obrigatoriamente realizar o faturamento das FAAs no mês corrente.

Método de cálculo:

$$\frac{\Sigma \text{ de fichas faturadas no período}}{\Sigma \text{ de pacientes atendidos no período}} \times 100$$

$$\Sigma \text{ de pacientes atendidos no período}$$

Meta: 70%

### **5.3 Percentual de Comissões atuante e regulares**

As comissões exigidas por este plano de trabalho são 4: comissão de ética, comissão de infecção, comissão de prontuários e comissão de óbitos e devem ser atuantes e regulares durante todo o período do contrato. Mensalmente a contratada deverá enviar relatórios das ações e efetivo funcionamento das comissões, no entanto estas poderão, a critério da secretária de saúde, a qualquer tempo sofrerem auditorias por parte da contratante para verificação de efetivo funcionamento. O indicador visa demonstrar o percentual de efetivo funcionamento das comissões. Nos casos onde existirem inconsistências entre a auditoria e o relatório apresentado pela contratada, será considerado correto o dado encontrado pela auditoria (total de comissões atuantes).

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de comissões atuantes}}{4} \times 100$$

**Numerador:** Total de comissões atuantes

**Denominador:** 4 (Nº de comissões exigidas)

Observação: Na eventualidade de serem criadas novas comissões, seja por exigência de nova legislação ou necessidade da contratada, o denominador deverá ser aumentado tanto quanto forem as comissões criadas.

**Meta: 100%**

## 6 Satisfação usuário

### 6.1 Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação

Objetivo: Avaliar a percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação. A pesquisa será formulada através da aplicação de questionários com emissão de relatórios mensais e serviço de call center.

**Meta: >= 5%**

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos ou usuários contactados por call center}}{\text{Total de pacientes em observação}} \times 100$$

**Numerador:** somatório dos questionários preenchidos.

**Denominador:** Total de pacientes em observação na unidade no período

### 6.2 Percentual de usuários Satisfeitos/Muito Satisfeitos

Objetivo: Medir o nível de satisfação dos clientes, através da pesquisa de satisfação.

**Meta: > 80%**

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeito e muito satisfeito}}{\text{Total de Respostas efetivas}} \times 100$$

**Numerador:** Nº de conceitos ótimos – somatório das respostas com conceito.

**Denominador:** Total de respostas efetivas - número de questionários respondidos no período avaliado, com os critérios muito satisfeito, satisfeito, medianamente satisfeito, pouco satisfeito e insatisfeito.