



RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.730, DE 22 DE MAIO DE 2019.

Altera o Anexo Único Resolução SES/MG nº 5.233, de 13 de abril de 2018, que estabelece os novos indicadores e metas do processo de acompanhamento/monitoramento dos Programas ProUrge, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Leitos de Retaguarda e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), componentes da RUE, e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 39, da Lei Estadual nº 22.257, de 27 de julho de 2016, e considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

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

- o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; e



- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.942, de 22 de maio de 2019, que aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.328, de 13 de abril de 2016, que aprova os novos indicadores e metas do processo de acompanhamento/monitoramento dos Programas Pro-Urge, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Leitos de Retaguarda e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), componentes da RUE.

RESOLVE:

Art. 1º - Alterar o Anexo Único da Resolução SES/MG nº 5.233, de 13 de abril de 2016, que estabelece novos indicadores e metas do processo de acompanhamento/monitoramento dos Programas Pro-Urge, Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), Leitos de Retaguarda e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), componentes da RUE, que passa vigorar nos termos do Anexo Único desta Resolução.

Art. 2º - As alterações dispostas no caput deste artigo referem-se à exclusão dos Indicadores do Programa Leitos de Retaguarda de custeio federal, que passam a vigorar nos termos da Resolução SES/MG nº 6.729, de 22 de maio de 2019.

Art. 3º - O desempenho dos beneficiários dos Programas PROURGE, UPA 24h, Leitos de Retaguarda (que apresentam custeio diferenciado) e SAMU 192, por meio dos indicadores constantes no Anexo Único dessa Resolução, será acompanhado e apurado pelo Sistema SIGRES a cada quatro meses, conforme o cronograma a seguir:

Meses base para o período de avaliação do ano corrente	Mês de monitoramento (cadastro SIGRES)	Apuração dos Resultados
Janeiro, Fevereiro, Março e Abril	Setembro do ano corrente	Setembro do ano corrente
Maio, Junho, Julho e Agosto	Janeiro do ano subsequente	Janeiro do ano subsequente
Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro	Maio do ano subsequente	Maio do ano subsequente



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Art. 4º - Fica revogada a Resolução SES/MG nº 6.565, de 05 de dezembro de 2018.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Belo Horizonte, 22 de maio de 2019.

**CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**

**ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.730, DE 22 DE MAIO DE 2019
(disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br).**



ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.730, DE 22 DE MAIO DE 2019.

INDICADORES DO PROURGE

INDICADOR 1: Atendimento 24 horas, 07 dias da semana, conforme requisitos obrigatórios mínimos previstos para a tipologia na RUE.

a) DESCRIÇÃO/OBJETIVO: O indicador mensura o percentual de dias dentro do período em que houve atendimento com a equipe mínima, presencial e alcançável, conforme legislação específica. O objetivo é garantir a presença dos profissionais exigidos para a tipologia durante o período integral, permitindo a prestação do serviço necessário.

a.1) É obrigatório, para fins de comprovação e verificação das informações prestadas pelo Estabelecimento de Saúde, para esse indicador, a realização de visita técnica pelo responsável do acompanhamento dos programas da Rede de Urgência e Emergência da Unidade Regional de Saúde, exceto em caso de comprovada indisponibilidade financeira e de recursos humanos;

a.2) A visita deverá ocorrer minimamente com a periodicidade de pelo menos 01 (uma) vez por ano. Sendo recomendado pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência a realização de 01 (uma) visita por semestre a todos os Estabelecimentos do PROURGE;

a.3) Após a visita técnica, deverá ser emitido relatório analítico/conclusivo sobre os achados da visita, que deverá ser encaminhado para o gestor municipal, bem como para discussão no Comitê Gestor Regional das Urgências, em conformidade com a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.288 de 16 de março de 2016, ou outra que vier substituí-la;

a.4) Deverão ser encaminhadas, uma cópia do relatório analítico da Unidade Regional de Saúde, bem como avaliação do mesmo pelo Comitê Gestor Regional das Urgências, por correio eletrônico para a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência ao final do quadrimestre;

a.5) O Relatório tem objetivo exclusivo de subsidiar o monitoramento assistencial do PROURGE, não acarretando impacto financeiro.

b) MÉTODO DE CÁLCULO: (Número de dias cobertos com, pelo menos, equipe mínima de profissionais



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

(presencial e alcançável) / Número de dias do período) x 100.

Obs: Entende-se como “número de dias cobertos” o período de 24 horas/dia para o efetivo cumprimento do indicador.

c) PERIODICIDADE: Mensal

d) FONTE:

d.1) Numerador: Relatório de acompanhamento mensal, preenchido pelo beneficiário, conforme periodicidade estabelecida no instrumento contratual em observância à legislação vigente.

d.2) Denominador: Calendário oficial (dias do mês)

d.3) O Estabelecimento de Saúde beneficiário do Programa deverá encaminhar ao MUNICÍPIO/SMS o Relatório de Acompanhamento por meio eletrônico, conforme modelo instituído pela a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência, até o 5º dia útil de cada mês. O MUNICÍPIO/SMS deverá repassar o Relatório para a Unidade Regional de Saúde até o 10º dia útil de cada mês.

e) UNIDADE DE MEDIDA: Percentual (%)

f) POLARIDADE: Maior melhor

g) META: 100%

g.1) Percentual de cumprimento máximo do indicador para fins de pagamento: 100%

g.2) Metodologia de Avaliação.

INDICADOR	META	PESO
Atendimento 24 horas, 07 dias da semana, conforme requisitos obrigatórios mínimos para a tipologia na RUE	100%	50%

INDICADOR 2: Acolhimento com classificação de risco registrado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) nos termos do procedimento (03.01.06.011-8)

a) DESCRIÇÃO/OBJETIVO: Acolhimento do paciente identificando e classificando o grau de risco, vulnerabilidade e sofrimento de modo a estabelecer a ordem de prioridade e o tempo limite para o atendimento médico/odontológico, utilizando-se de protocolo seguro. Considera-se um único procedimento mesmo que haja outras classificações do mesmo paciente. O Protocolo de Manchester deverá ser utilizado como linguagem única em todos os Estabelecimentos de Saúde do PROURGE. O objetivo é que todo paciente atendido na Unidade seja submetido à classificação de risco e que a instituição informe ao banco de dados oficial do Ministério da Saúde



(DATASUS) toda produção executada.

a.1) Deverá ser enviado as Unidades Regionais ao final de cada de quadrimestre o relatório do percentual de atendimento por instituição, considerando a classificação de risco individualmente realizada (Emergente – Vermelho; Muito Urgente – Laranja; Urgente – Amarelo; Pouco Urgente – Verde; Não Urgente – Azul, e Branco), conforme modelo abaixo estabelecido pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência:

Consolidado Quadrimestral de Acolhimento com Classificação de Risco da Instituição				
Instituição:	CNES:	Município	RAS:	Tipologia:
Percentual de pacientes classificados por prioridade		Ano:	Quadrimestre:	
Mês:	Mês:	Mês:	Mês:	
Vermelho	Vermelho	Vermelho	Vermelho	
Laranja	Laranja	Laranja	Laranja	
Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	
Verde	Verde	Verde	Verde	
Azul	Azul	Azul	Azul	
Branco	Branco	Branco	Branco	
Não classificado	Não classificado	Não classificado	Não classificado	
Total	Total	Total	Total	

a.2) O Relatório tem objetivo exclusivo de subsidiar o monitoramento assistencial do PROURGE, não acarretando impacto financeiro.

b) **MÉTODO DE CÁLCULO:** Número de dias do mês em que houve Acolhimento com Classificação de Risco / Número de dias do período (mês)) x 100.

Obs: O número de dias do mês será considerado “completo” quando for registrado no SIA/SUS no mínimo 01 Acolhimento com Classificação de Risco no mês, levando-se em consideração o Calendário Oficial em que a quantidade de dias dos meses do ano pode variar entre 28 e 31 dias.

c) **DESCRIÇÃO/MÉTODO DO CÁLCULO:** a tabulação do procedimento Acolhimento com Classificação de Risco (03.01.06.011-8) será extraído do Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS por meio da ferramenta de tabulação TABWIN (aplicativo tabulador de informações de saúde para o Windows) considerando os filtros abaixo:



SIA (via Tabwin)

Filtros:

- Linha: Mês de atendimento
- Coluna: Mês de processamento
- Incremento: Quantidade apresentada
- Arquivos: Selecionar o quadrimestre em análise (corresponde ao quadrimestre a ser avaliado e três competências posteriores).
- Seleções disponíveis: Selecionar o hospital de interesse, o Procedimento: 03.01.06.011-8 (Acolhimento com classificação de Risco) e o Mês de atendimento (o quadrimestre a ser avaliado).

d) **PERIODICIDADE:** Mensal

e) **FONTE:** SIA/SUS

f) **UNIDADE DE MEDIDA:** Quantitativo (Nominal)

g) **POLARIDADE:** Maior melhor

h) **META:** 100%

h.1) Percentual máximo para fins de pagamento: 100%

h.2) Metodologia de avaliação

INDICADOR	META	PESO
Acolhimento com classificação de risco registrado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) nos termos do procedimento (03.01.06.011-8)	100%	50%



i) COMPOSIÇÃO FINAL DA PARCELA PARA OS INDICADORES DO PROURGE

INDICADORES	META	PESO	VALOR VARIÁVEL	VALOR FIXO
Atendimento 24 horas, 07 dias da semana, conforme requisitos obrigatórios mínimos previstos para a tipologia na RUE	100%	50%	70%	30%
Acolhimento com classificação de risco registrado no Sistema de Informação ambulatorial (SIA/SUS) nos termos do procedimento (03.01.06.011-8)	100%	50%		
TOTAL		100%		

INDICADORES DO PROGRAMA UP4 24h

INDICADOR 1: Acolhimento com classificação de risco registrado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) nos termos do procedimento (03.01.06.011-8)

a) DESCRIÇÃO: Acolhimento do paciente identificando e classificando o grau de risco, vulnerabilidade e sofrimento de modo a estabelecer a ordem de prioridade e o tempo limite para o atendimento médico/odontológico, utilizando-se de protocolo seguro. Considera-se um único procedimento mesmo que haja outras classificações do mesmo paciente.

b) MÉTODO DE CÁLCULO: nº total de Acolhimentos com Classificação de Risco registrados no SIA/SUS (03.01.06.011-8) .



A tabulação do procedimento Acolhimento com Classificação de Risco será extraída do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, por meio da ferramenta de tabulação TABWIN (aplicador de informações de saúde para o Windows). Para a pesquisa, serão utilizados os seguintes filtros:

SIA (via Tabwin)

Filtros:

Linha: Mês de atendimento

Coluna: Mês de processamento

Incremento: Quantidade apresentada

Arquivos: Selecionar o quadrimestre em análise e três competências posteriores

Seleções disponíveis: Selecionar estabel-CNES-MG, Procedimento 03.01.06.011-8 e mês de atendimento (corresponde ao quadrimestre a ser avaliado).

Após a tabulação do procedimento Acolhimento com Classificação de Risco, os valores encontrados serão organizados em faixas de desempenho considerando os valores de referência das metas estabelecidas por Opção.

- c) **PERIODICIDADE:** Mensal
- d) **FONTE:** SIA/SUS
- e) **UNIDADE DE MEDIDA:** número inteiro
- f) **POLARIDADE:** Maior melhor
- g) **METAS:**
 - Opção I – 2.250
 - Opção II – 3.375
 - Opção III – 4.500
 - Opção IV -5.625
 - Opção V -6.750



Opção VI -7.875

Opção VII -9.000

Opção VIII -10.125

g.1) Caso a UPA 24h não cumpra a meta mensal explicitada acima, o gestor deverá emitir relatório analítico/conclusivo sobre a justificativa para o funcionamento abaixo da meta mínima definida e encaminhá-lo para discussão no Comitê Gestor de Urgência e Emergência em conformidade com a Deliberação CIB-SUS/MG N° 2.288 de 16 de março de 2016, ou outra que vier substituí-la;

g.2) Deverá ser encaminhada, uma cópia do relatório analítico da Unidade Regional de Saúde após análise das justificativas no Comitê Gestor de Urgência e Emergência, por correio eletrônico para a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência ao final do quadrimestre;

h) FAIXAS DE DESEMPENHO:

h.1) Percentual de cumprimento máximo do
indicador para fins de pagamento: 100%

h.2) Faixas de desempenho para fins de pagamento:

UPA Opção I	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 2.250/mês	100%
> 1.125 e < 2.250/mês	85%
< ou = 1.125/mês	60%

UPA Opção II	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 3.375/mês	100%
>1.688 e < 3.375/mês	85%
< ou = 1.688/mês	60%

UPA Opção III	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 4.500/mês	100%
> 2.250 e < 4.500/mês	85%
< ou = 2.250/mês	60%



UPA Opção IV	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 5.625/mês	100%
> 2.813 e < 5.625/mês	85%
< ou = 2.813/mês	60%

UPA Opção V	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 6.750/mês	100%
> 3.375 e < 6.750/mês	85%
< ou = 3.375/mês	60%

UPA Opção VI	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 7.875/mês	100%
> 3.938 e < 7.875/mês	85%
< ou = 3.938/mês	60%

UPA Opção VII	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 9.000/mês	100%
> 4.500 e < 9.000/mês	85%
< ou = 4.500/mês	60%

UPA Opção VIII	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 10.125/mês	100%
> 5.063 e < 10.125/mês	85%
< ou = 5.063/mês	60%

i) METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

INDICADOR	PESO
Acolhimento com classificação de risco registrado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) nos termos do procedimento (03.01.06.011-8)	35%



INDICADOR 2: Procedimentos médicos realizados em Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

a) DESCRIÇÃO: nº total de procedimentos médicos realizados em Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, conforme os procedimentos descritos abaixo:

a.1) Atendimento médico em Unidade de Pronto Atendimento (03.01.06.009-6): Consiste no exame/atendimento médico ao paciente em Unidade de Pronto Atendimento e definição do encaminhamento responsável, quando necessário.

a.2) Atendimento de Urgência com observação até 24h em atenção especializada (03.01.06.002-9): Compreende o exame/avaliação e o acompanhamento médico ao paciente em situação de urgência. Neste caso, o atendimento vai além da consulta, pois o paciente permanece em observação por até 24 horas. Neste tempo, pode haver administração de medicação conforme o quadro clínico do paciente, ou ainda podem ser realizadas interconsultas com outra(s) especialidade(s) médica(s) e exames para esclarecimento diagnóstico.

Neste procedimento não estão incluídos os exames realizados durante as 24 horas previstas nem a interconsulta com outra especialidade médica, devendo os mesmos ser lançados em separado no sistema, ou seja, adicionalmente na produção do serviço de saúde.

Em caso do paciente permanecer por mais de 24h em observação, os profissionais que o atenderem deverão lançar o procedimento 03.01.06.002-9 diariamente até a realização de sua transferência ou encaminhamento.

a.3) Atendimento ortopédico com imobilização provisória (03.01.06.010-0): Compreende a consulta médica e a realização de imobilização provisória. No caso de realização de exame radiológico para este atendimento, este deve ser registrado em separado com o registro do código próprio de cada tipo de exame.

b) MÉTODO DE CÁLCULO: Somatório dos procedimentos médicos descritos acima realizados pela Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

A tabulação dos procedimentos médicos (03.01.06.009-6 + 03.01.06.002-9 + 03.01.06.010-0) será extraída do SIA/SUS, por meio da ferramenta de tabulação TABWIN (aplicador de informações



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

de saúde para o Windows). Para a pesquisa, serão utilizados os seguintes filtros:

SIA (via Tabwin) - Filtros:

- Linha: Mês de atendimento
- Coluna: Mês de processamento
- Incremento: Quantidade apresentada
- Arquivos: Selecionar o quadrimestre em análise e três competências posteriores
- Seleções disponíveis: Selecionar estabel-CNES-MG, Procedimentos 03.01.06.002-9, 03.01.06.009-6, 03.01.06.010-0 e mês de atendimento (corresponde ao quadrimestre a ser avaliado).

Após a tabulação dos procedimentos médicos, os valores encontrados serão organizados em faixas de desempenho considerando os valores de referência das metas estabelecidas por Opção.

- c) **PERIODICIDADE:** Mensal
- d) **FONTE:** SIA/SUS
- e) **POLARIDADE:** Maior melhor
- f) **UNIDADE DE MEDIDA:** número inteiro
- g) **METAS:**

Opção I – 2.250

Opção II – 3.375

Opção III – 4.500

Opção IV -5.625

Opção V -6.750

Opção VI -7.875

Opção VII -9.000

Opção VIII -10.125



g.1) Caso a UPA 24h não apresente a meta mensal explicitada acima, o gestor deverá emitir relatório analítico/conclusivo sobre a justificativa para o funcionamento abaixo da meta mínima definida e encaminhá-lo para discussão no Comitê Gestor de Urgência e Emergência em conformidade com a Deliberação CIB-SUS/MG N° 2.288 de 16 de março de 2016, ou outra que vier substituí-la;

g.2) Deverá ser encaminhada, uma cópia do relatório analítico da Unidade Regional de Saúde após análise das justificativas no Comitê Gestor de Urgência e Emergência, por correio eletrônico para a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência ao final do quadrimestre;

h) FAIXAS DE DESEMPENHO:

h.1) Percentual de cumprimento máximo do indicador para fins de pagamento: 100%

h.2) Faixas de desempenho para fins de pagamento:

UPA Opção I	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 2.250/mês	100%
> 1.125 e < 2.250 /mês	85%
< ou = 1.125/mês	60%

UPA Opção II	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 3.375/mês	100%
> 1.688 e < 3.375 /mês	85%
< ou = 1.688/mês	60%

UPA Opção III	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 4.500/mês	100%
> 2.250 e < 4.500 /mês	85%
< ou = 2.250/mês	60%

UPA Opção IV	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 5.625/mês	100%
> 2.813 e < 5.625 /mês	85%
< ou = 2.813/mês	60%



UPA Opção V	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 6.750/mês	100%
>3.375 e <6.750 /mês	85%
< ou = 3.375/mês	60%

UPA Opção VI	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 7.875/mês	100%
> 3.938 e < 7.875 /mês	85%
< ou = 3.938/mês	60%

UPA Opção VII	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 9.000/mês	100%
> 4.500 e < 9.000 /mês	85%
< ou = 4.500/mês	60%

UPA Opção VIII	
Valores de Referência	Faixa de desempenho
> ou = 10.125/mês	100%
> 5.063 e < 10.125 /mês	85%
< ou = 5.063/mês	60%

i) METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

INDICADOR	PESO
Procedimentos médicos realizados em Unidade de Pronto Atendimento nos termos dos procedimentos (03.01.06.002-9, 03.01.06.009-6, 03.01.06.010-0)	35%

INDICADOR 3: Capacitação dos profissionais das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas.

- a) **DESCRIÇÃO:** Execução de atividades de educação permanente e/ou continuada por iniciativa própria ou por meio de cooperação. A educação permanente/continuada possibilita o constante aprendizado e atualização da equipe multiprofissional, implicando melhoria na



qualidade e segurança da assistência ao usuário. Os temas das capacitações devem estar diretamente relacionados a realidade da instituição/setor/profissionais, suas necessidades e rotinas. A metodologia a ser aplicada na capacitação deverá estar em consonância com os artigos 32 e 33 da RDC 63 (ANVISA,2011).

A capacitação pode ser interna (realizada pelo Município/ Instituição) ou externa (cursos de atualização/ aprimoramento realizado por terceiros). Em caso de capacitação interna, recomenda-se implementar medidas que avaliem a compreensão do assunto pelos capacitandos, através de pré e pós-teste. Os profissionais que não atingirem o mínimo para aprovação (60% da nota), recomenda-se repetir o treinamento.

b) MÉTODO DE CÁLCULO: número total de profissionais capacitados / número total de profissionais constante no CNES da Unidade de Pronto Atendimento * 100.

b.1) Será avaliado o percentual de profissionais capacitados na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

b.2) Este cálculo levará em consideração o número total de profissionais classificados no Código Brasileiro de Ocupação (CBO) constante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e o percentual de profissionais capacitados, conforme listas de presença apresentadas.

c) PERIODICIDADE: Quadrimestral

d) FONTE:

Numerador: Planilha auto declaratória preenchida com o compilado dos profissionais capacitados no quadrimestre, bem como a categoria profissional de cada um, tema abordado e o número total de capacitados, conforme modelo abaixo estabelecido pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência:



Planilha de registro global - educação permanente			
Categoria profissional	Compilado geral do número de capacitados	Tema (s) abordado (s)	Número total de profissional por categoria
Total			

Denominador: número total de profissionais constante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

- e) **UNIDADE DE MEDIDA:** Percentual (%)
- f) **POLARIDADE:** Maior melhor
- g) **META:** 100%
- h) **ÍNDICE DE DESEMPENHO NO QUADRIMESTRE:**



Valores de Referência	Índice de desempenho
≥30% dos profissionais treinados	100%
<30% dos profissionais treinados	0%

Deverá ser encaminhada planilha auto declaratória preenchida com o compilado dos profissionais capacitados no quadrimestre, bem como a categoria profissional de cada um, os temas abordados e o número total de capacitados. É vetada a duplicidade de profissionais no compilado enviado. A documentação deverá ser encaminhada impreterivelmente até o **5º dia útil dos meses de maio, setembro e janeiro de cada ano.**

As listas de presença das capacitações e/ou cópia de certificado dos profissionais capacitados deverão ficar arquivadas (meio físico ou eletrônico) na Instituição para comprovação da execução das atividades de educação permanente/continuada.

O indicador 3 - Capacitação dos profissionais das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas será monitorado sem o desconto financeiro no primeiro quadrimestre de 2019.

h) METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

INDICADOR	META	PESO
Capacitação dos profissionais da Unidade de Pronto Atendimento	100%	30%



j) COMPOSIÇÃO FINAL DA PARCELA PARA OS INDICADORES DO PROGRAMA

UPA

INDICADORES	META	PESO	VALOR VARIÁVEL	VALOR FIXO
Acolhimento com classificação de risco registrado no Sistema de Informação ambulatorial (SIA/SUS) nos termos do procedimento (03.01.06.011-8)	Opção I- 2.250 Opção II -3.375 Opção III-4.500 Opção IV- 5.625 Opção V -6.750 OpçãoVII-9.000 OpçãoVIII-10.125	35%	70%	30%
Procedimentos médicos realizados em Unidade de Pronto Atendimento nos termos dos procedimentos (03.01.06.002-9, 03.01.06.009-6, 03.01.06.010-0)	Opção I- 2.250 Opção II -3.375 Opção III-4.500 Opção IV- 5.625 Opção V -6.750 OpçãoVII-9.000 OpçãoVIII-10.125	35%		
Capacitação dos profissionais da Unidade de Pronto Atendimento	100%	30%		
TOTAL		100%		



INDICADORES DO COMPONENTE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE

URGENCIA- SAMU 192

INDICADOR 1: Unidades de Suporte Básico em funcionamento

a) **DESCRIÇÃO:** O indicador assegura que todas as Unidades de Suporte Básico habilitadas estarão disponíveis para atendimento, em regime de prontidão, 24 horas por dia, 07 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários, conforme Portaria GM/MS nº 2.048, de 2002.

MÉTODO DE CÁLCULO: $(N^{\circ} \text{ de unidades habilitadas} * N^{\circ} \text{ de dias em funcionamento no mês} / \text{Número de Unidades habilitadas} * N^{\circ} \text{ de dias do mês}) * 100$

PERIODICIDADE: Mensal

FONTE: Relatório de Acompanhamento

UNIDADE DE MEDIDA: Percentual (%)

POLARIDADE: Maior melhor

META: 100%

g.1) Percentual de cumprimento máximo do indicador para fins de pagamento: 100%

g.2) Metodologia de avaliação

INDICADOR	META	PESO
Unidades de Suporte Básico em funcionamento	100%	35%

INDICADOR 2: Unidades de Suporte Avançado em funcionamento

a) **DESCRIÇÃO:** O indicador assegura que as Unidades de Suporte Avançado



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

habilitadas estarão disponíveis para atendimento, em regime de prontidão, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários, conforme Portaria GM/MS nº 2048, de 2002.

b) MÉTODO DE CÁLCULO: $(N^{\circ} \text{ de unidades habilitadas} * N^{\circ} \text{ de dias em funcionamento no mês} / \text{Número de Unidades habilitadas} * N^{\circ} \text{ de dias do mês}) * 100$

c) PERIODICIDADE: Mensal

d) FONTE: Relatório de Acompanhamento

e) UNIDADE DE MEDIDA: Percentual (%)

f) POLARIDADE: Maior melhor

g) META: 100%

g.1) Percentual máximo de cumprimento do indicador para fins de pagamento: 100%

g.2) Metodologia de avaliação

INDICADOR	META	PESO
Unidades de Suporte Avançado em funcionamento	100%	35%

INDICADOR 3: Dias com manutenção da equipe mínima da Central de Regulação do SAMU

a) DESCRIÇÃO: O indicador assegura que haverá atendimento efetivo durante 24h por dia durante todos os dias da semana, com equipe mínima exigida conforme legislação específica. Para fins de cálculo, não serão considerados os profissionais alcançáveis.

b) MÉTODO DE CÁLCULO: $(\text{Número de dias cobertos com, pelo menos, equipe mínima de profissionais} / \text{Número de dias do mês}) * 100$

c) PERIODICIDADE: Mensal



d) **FONTE:** Relatório de Acompanhamento

e) **UNIDADE DE MEDIDA:** Percentual (%)

f) **POLARIDADE:** Maior melhor

g) **META:** 100%

g.1) Percentual máximo de cumprimento do indicador para fins de pagamento: 100%

g.2) Metodologia de avaliação

INDICADOR	MET A	PES O
Dias com manutenção da equipe mínima da Central de Regulação do SAMU	100%	30%

h) COMPOSIÇÃO FINAL DA PARCELA DO COMPONENTE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)

INDICADORES	META	PESO
Unidades de Suporte Básico em funcionamento	100%	35%
Unidades de Suporte Avançado em funcionamento	100%	35%
Dias com manutenção da equipe mínima da Central de Regulação do SAMU	100%	30%
TOTAL	-	100%



**INDICADORES DOS COMPONENTES LEITOS DE RETAGUARDA CLÍNICOS, UTI ADULTO, UTI
PEDIÁTRICO**

Os Indicadores abaixo listados estão relacionados exclusivamente ao incentivo financeiro estadual para custeio diferenciado dos Leitos de Retaguarda do Componente Hospitalar.

**INDICADOR: Possuir Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)
Leitos Clínicos, UTI Adulto, UTI Pediátrico e Leitos de Cuidados Prolongados**

Descrição/Objetivo: O indicador avalia a existência ou não do NAQH na instituição hospitalar e seu efetivo funcionamento. O NAQH é um espaço colegiado composto por: coordenador da Urgência/Emergência, coordenador da UTI, coordenador das Unidades de internação, coordenador da central de internação do hospital e representante do gestor local. Compete ao NAQH garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promover a articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação, monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação, propor mecanismos de avaliação, propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos, acompanhar o processo de cuidado do paciente, articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência, garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, monitorar o agendamento cirúrgico, agilizar a realização de exames, definir critérios de internação e alta e responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.

Possuir Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) – Leitos Clínicos, UTI Adulto e UTI Pediátrico	
Método de Cálculo	Possuir o NAQH implantado e em efetivo funcionamento
Periodicidade	Quadrimestral



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Fonte	Documentos comprobatórios, conforme QUADRO I, em consonância com a Portaria de Consolidação GM/MS Nº 1, de 28 de setembro de 2017 - Os documentos comprobatórios devem ser enviados de forma digital, e a comprovação está sujeita à inspeção da Comissão de Acompanhamento e/ou das Unidades Regionais de Saúde da SES - A meta referente ao NAQH será considerada alcançada quando o beneficiário encaminhar TODOS os documentos determinados. Assim, a ausência de qualquer um dos documentos implica em perda total da meta - Para as instituições com leitos de retaguarda habilitados/qualificados ao longo do ano, quando o prazo para encaminhamento da documentação referente aos quadrimestres anteriores já tiver passado, terão um cronograma excepcional a ser divulgado por meio de Nota Informativa pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência.
Unidade de Medida	Qualitativo (nominal)
Polaridade	Maior melhor
Meta	100%
Faixa de Desempenho/Percentual do Recurso Financeiro	Percentual alcançado igual a 100% = 100% do recurso Percentual alcançado menor que 100% = 0 (zero)
Metodologia de Avaliação	A metodologia de avaliação está descrita no ITEM “CENÁRIOS DA COMPOSIÇÃO FINAL DA PARCELA PARA OS INDICADORES DO COMPONENTE LEITOS DE RETAGUARDA CLÍNICOS, LEITOS DE UTI ADULTO, UTI PEDIÁTRICO E LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS”.

Quadro I – Detalhamento da documentação comprobatória para verificação da existência e efetivo funcionamento do NAQH

Monitoramento da existência e efetivo funcionamento do NAQH		
	Documentos Comprobatórios	Periodicidade/Prazo para envio
CONSTITUIÇÃO DO NAQH	ATA DE CONSTITUIÇÃO DO NAQH E TERMO DE POSSE E NOMEAÇÃO DOS MEMBROS: Poderá ser enviado em documento único, desde que na Ata de Constituição do NAQH seja explicitado de forma clara e objetiva a nomeação dos membros, bem como a assinatura destes em um campo específico consentindo com o cargo ocupado. Na Ata de Constituição deve constar a assinatura de todos os presentes no ato da constituição.	Anual/Até 5º dia do mês de janeiro (ou sempre que houver alteração)
	REGIMENTO INTERNO: Deve ser redigido em conformidade com o Art. 36 da Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017.	Anual/Até 5º dia do mês de janeiro (ou sempre que houver alteração)
AÇÕES DE MELHORIA NA GESTÃO DE ACESSO	PLANO DE AÇÃO: Plano de ação deve ser encaminhado conforme documento padronizado pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência (Anexo I da Nota Técnica nº119/2016).	Anual/Até 5º dia do mês de janeiro (ou sempre que houver alteração)



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

	ATAS DE REUNIÕES PERIÓDICAS: As atas das reuniões devem conter assinatura de todos os participantes, cargo, setor de trabalho e pauta.	Quadrimestral/Até o 5º dia útil dos meses de abril, agosto e dezembro
	RELATÓRIO CONSTANDO O TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA INTERNAÇÃO: O relatório não tem modelo padronizado. Tem como objetivo evidenciar o tempo de espera para internação dos pacientes provenientes das unidades de urgência e emergência nos leitos de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência	Quadrimestral/Até o 5º dia útil dos meses de abril, agosto e dezembro
ADOÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS	REGISTRO DE CAPACITAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS INSTITUCIONALIZADOS OU REGISTRO DE DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS RELACIONADOS AOS PROTOCOLOS Enviar: • Documento comprobatório com as assinaturas dos participantes nas capacitações referente aos protocolos clínicos. • Relatório padronizado pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência por meio do Anexo II da Nota Técnica nº119/2016.	Anual/Até 5º dia do mês de janeiro (ou sempre que houver alteração)
RESULTADOS ALCANÇADOS	RELATÓRIO DESCRITIVO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS, APÓS AS AÇÕES DE MELHORIA PROPOSTAS PELO NAQH Deve ser redigido de forma a evidenciar todos os resultados das ações de melhorias propostas pelo NAQH no decorrer no ano anterior.	Anual/Até 5º dia do mês de janeiro (ou sempre que houver alteração)

INDICADOR: Taxa de Ocupação Hospitalar – Leitos Clínicos

Descrição/Objetivo: Mensura a ocupação dos leitos clínicos em relação ao total de leitos clínicos disponíveis. Mede o perfil de utilização e a implementação do gerenciamento de leitos clínicos no hospital. Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência.

Taxa de Ocupação Hospitalar – Leitos Clínicos	
Método de Cálculo	$\text{TOH} = \frac{\text{Total de pacientes} - \text{dia, no período}}{\text{Total de leitos} - \text{dia, no mesmo período}} \times 100$
Periodicidade	Mensal
Fonte	Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Cadastro Nacional de



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

	Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Filtros Utilizados (via Tabwin)	NUMERADOR: SIH • Linha: Hospital (CNES) • Coluna: Não Ativa • Incremento: Permanência • Arquivos: Selecionar o mês em análise • Seleções disponíveis: Selecionar o hospital de interesse e Leito\Espec: 03 – Clínico DENOMINADOR: CNES • Linha: ES Nome Fantasi-MG • Coluna: Não Ativa • Incremento: Qtde Leitos SUS • Arquivos: Selecionar o mês em análise • Seleções disponíveis: Selecionar o hospital de interesse (ES Nome Fantasia-MG) e Tipo/Especialidade: Clínico.
Unidade de Medida	Percentual (%)
Polaridade	Maior melhor
Meta	85%
Faixa de Desempenho/Percentual do Recurso Financeiro	Percentual alcançado maior ou igual a 85% = 100% do recurso Percentual alcançado maior ou igual a 70% e menor que 85% = 50% do recurso Percentual alcançado menor que 70% = 0 (zero)
Metodologia de Avaliação	A metodologia de avaliação está descrita no ITEM “ <i>CENÁRIOS DA COMPOSIÇÃO FINAL DA PARCELA PARA OS INDICADORES DO COMPONENTE LEITOS DE RETAGUARDA CLÍNICOS, LEITOS DE UTI ADULTO, UTI PEDIÁTRICO E LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS</i> ”.

Definição de termos utilizados no indicador:

- Total de pacientes-dia: somatório de pacientes-dia/clínico do hospital no período analisado, também denominado como permanência. Entende-se como pacientes-dia a unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia nos leitos clínicos ou de longa permanência. O número de pacientes-dia/clínico corresponde ao volume de pacientes que estão pernando nos leitos clínicos ou de longa permanência em cada dia. O número de pacientes-dia no período analisado será o somatório de pacientes-dia de cada dia desse mesmo período.
- Total de leitos-dia: média de leitos-dia /clínico do hospital no período analisado multiplicado pelo número de dias do período analisado. Entende-se por leitos-dia/clínico a unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia.



INDICADOR: Taxa de Ocupação Hospitalar – Leitos de UTI Adulto

Descrição/Objetivo: Mensura a ocupação dos leitos de Terapia Intensiva -Adulto em relação ao total de leitos Terapia Intensiva –Adulto disponíveis. Mede o perfil de utilização e a implementação do gerenciamento de leitos no hospital. Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência.

Taxa de Ocupação Hospitalar – Leitos de UTI Adulto	
Método de Cálculo	$TOH = \frac{\text{Total de pacientes - dia, no período}}{\text{Total de leitos - dia, no mesmo período}} \times 100$
Periodicidade	Mensal
Fonte	Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Filtros Utilizados (Via Tabwin)	NUMERADOR: SIH • Linha: Hospital (CNES) • Coluna: Não Ativa • Incremento: Diárias de UTI • Arquivos: Selecionar o mês em análise • Seleções disponíveis: Selecionar o hospital de interesse e o Tipo de UTI: UTI adulto- tipo I UTI adulto- tipo II UTI adulto- tipo III DENOMINADOR: CNES • Linha: ES Nome Fantasi-MG • Coluna: Não Ativa • Incremento: Qtde Leitos SUS • Arquivos: Selecionar o mês em análise • Seleções disponíveis: Selecionar o hospital de interesse (ES Nome Fantasia- MG) e Especialidade: Tipo de UTI: UTI adulto- tipo I UTI adulto- tipo II UTI adulto- tipo III
Unidade de Medida	Percentual (%)
Polaridade	Maior melhor
Meta	90%
Faixa de Desempenho/Percentual do Recurso Financeiro	Percentual alcançado maior ou igual a 90% = 100% do recurso Percentual alcançado maior ou igual a 70% e menor que 90% = 50% do recurso Percentual alcançado menor que 70% = 0 (zero)
Metodologia de Avaliação	A metodologia de avaliação está descrita no ITEM “CENÁRIOS DA COMPOSIÇÃO FINAL DA PARCELA PARA OS INDICADORES DO COMPONENTE LEITOS DE RETAGUARDA CLÍNICO, LEITOS DE UTI ADULTO, UTI PEDIÁTRICO E LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS”.



Definição de termos utilizados no indicador:

- Diárias de UTI Adulto: número de pacientes internados por dia em UTI Adulto ou paciente-dia.
- Leitos-Dia de UTI Adulto: unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito de internação de UTI Adulto por um dia hospitalar, no período analisado.

INDICADOR: Taxa de Ocupação Hospitalar – Leitos de UTI Pediátrica

Descrição/Objetivo: Mensura a ocupação dos leitos de Terapia Intensiva – Pediátrico em relação ao total de leitos Terapia Intensiva – Pediátrico disponíveis. Mede o perfil de utilização e a implementação do gerenciamento de leitos no hospital. Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência.

Taxa de Ocupação Hospitalar – Leitos de UTI Pediátrica	
Método de Cálculo	$\text{TOH} = \frac{\text{Total de pacientes - dia, no período}}{\text{Total de leitos - dia, no mesmo período}} \times 100$
Periodicidade	Mensal
Fonte	Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Filtros Utilizados (Via Tabwin)	NUMERADOR: SIH • Linha: Hospital (CNES) • Coluna: Não Ativa • Incremento: Diárias de UTI • Arquivos: Selecionar o mês em análise • Seleções disponíveis: Selecionar o hospital de interesse e o Tipo de UTI: UTI pediátrico- tipo I UTI pediátrico - tipo II UTI pediátrico - tipo III DENOMINADOR: CNES • Linha: ES Nome Fantasi-MG • Coluna: Não Ativa • Incremento: Qtde Leitos SUS • Arquivos: Selecionar o mês em análise • Seleções disponíveis: Selecionar o hospital de interesse (ES Nome Fantasia- MG) e Especialidade: Tipo de UTI: UTI pediátrico- tipo I UTI pediátrico - tipo II UTI pediátrico - tipo III
Unidade de Medida	Percentual (%)
Polaridade	Maior melhor
Meta	9 90%



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Faixa de Desempenho/Percentual do Recurso Financeiro	Percentual alcançado maior ou igual a 90% = 100% do recurso Percentual alcançado maior ou igual a 70% e menor que 90% = 50% do recurso Percentual alcançado menor que 70% = 0 (zero)
Metodologia de Avaliação	A metodologia de avaliação está descrita no ITEM “CENÁRIOS DA COMPOSIÇÃO FINAL DA PARCELA PARA OS INDICADORES DO COMPONENTE LEITOS DE RETAGUARDA CLÍNICO, LEITOS DE UTI ADULTO, UTI PEDIÁTRICO E LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS”.

Definição de termos utilizados no indicador:

- Diárias de UTI Pediátrico: número de pacientes internados por dia em UTI Pediátrico ou paciente-dia.
- Leitos-Dia de UTI Pediátrico: unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito de internação de UTI Pediátrico por um dia hospitalar, no período analisado.

INDICADOR: Taxa de Referência – Leitos Clínicos

Descrição/Objetivo: Relação percentual entre o número de interações de referência e o número de internações totais em determinado período.

Taxa de Referência – Leitos Clínicos	
Método de Cálculo	$TR = \frac{\text{Total de internações de referência, no período}}{\text{Total de internações, no mesmo período}} \times 100$
Periodicidade	Mensal
Fonte	Sistema de Informação Hospitalar (SIH)
Filtros Utilizados (Via Tabwin)	NUMERADOR E DENOMINADOR: • Linha: Município res • Coluna: Não Ativa • Incremento: Frequência • Arquivos: Selecionar o mês em análise • Seleções disponíveis: Selecionar o hospital de interesse em Hospital MG (CNES), Leito\Espec: Clínico
Unidade de Medida	Percentual (%)
Polaridade	Maior melhor
Meta	A meta foi calculada mediante a apresentação da mediana por beneficiário considerando o comportamento da taxa de referência nos anos de 2015, 2016 e 2017, conforme QUADRO II.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Metodologia de Avaliação	O Indicador Taxa de Referência de Leitos Clínicos será considerado para fins exclusivos de monitoramento/acompanhamento do comportamento das taxas de referência apresentadas pelo beneficiário, não incidindo sobre a composição final dos Indicadores e repasse no recurso.
--------------------------	---

Definição de termos utilizados no indicador:

- Internações de referência: número de pacientes oriundos de outros municípios internados no período.
- Internações totais: número de pacientes internados no período.

QUADRO II - Metas do Indicador Taxa de Referência Leitos Clínicos

Metas Indicador Taxa de Referência Leitos Clínicos		
Município	Entidade	Meta
Ipatinga	Hospital Márcio Cunha	54%

INDICADOR: Taxa de Referência – Leitos UTI Adulto

Descrição/Objetivo: Relação percentual entre o número de interações de referência e o número de internações totais em determinado período.

Taxa de Referência – Leitos UTI Adulto	
Método de Cálculo	$TR = \frac{\text{Total de internações de referência, no período}}{\text{Total de internações, no mesmo período}} \times 100$
Periodicidade	Mensal
Fonte	Sistema de Informação Hospitalar (SIH)
Filtros Utilizados (Via Tabwin)	NUMERADOR E DENOMINADOR: SIH (via Tabwin) • Linha: Município res • Coluna: Não Ativa • Incremento: Frequência • Arquivos: Selecionar o mês em análise • Seleções disponíveis: Selecionar o hospital de interesse em Hospital MG (CNES), Leito\Espec: UTI Adulto
Unidade de Medida	Percentual (%)
Polaridade	Maior melhor
Meta	A meta foi calculada mediante a apresentação da mediana por



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

	beneficiário considerando o comportamento da taxa de referência nos anos de 2015, 2016 e 2017, conforme QUADRO III.
Metodologia de Avaliação	Indicador Taxa de Referência de Leitos de UTI Adulto será considerado para fins exclusivos de monitoramento/acompanhamento do comportamento das taxas de referência apresentadas pelo beneficiário, não incidindo sobre a composição final dos Indicadores e repasse no recurso.

QUADRO III – Metas do Indicador Taxa de Referência dos Leitos de UTI Adulto

Metas Indicador Taxa de Referência Leitos UTI Adulto		
Município	Entidade	Meta
Ipatinga	Hospital Márcio Cunha	55%

Definição de termos utilizados no indicador:

- Internações de referência: número de pacientes oriundos de outros municípios internados no período.
- Internações totais: número de pacientes internados no período.

INDICADOR: Taxa de Referência – Leitos UTI Pediátrica

Descrição/Objetivo: Relação percentual entre o número de interações de referência e o número de internações totais em determinado período.

Taxa de Referência – Leitos UTI Pediátrica	
Método de Cálculo	$TR = \frac{\text{Total de internações de referência, no período}}{\text{Total de internações, no mesmo período}} \times 100$
Periodicidade	Mensal
Fonte	Sistema de Informação Hospitalar (SIH)



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Filtros Utilizados (Via Tabwin)	NUMERADOR E DENOMINADOR: SIH (via Tabwin) • Linha: Município res • Coluna: Não Ativa • Incremento: Frequência • Arquivos: Selecionar o mês em análise • Seleções disponíveis: Selecionar o hospital de interesse em Hospital MG (CNES), Leito\Espec: UTI Pediátrico
Unidade de Medida	Percentual (%)
Polaridade	Maior melhor
Meta	A meta foi calculada mediante a apresentação da mediana por beneficiário considerando o comportamento da taxa de referência nos anos de 2015, 2016 e 2017, conforme QUADRO IV.
Metodologia de Avaliação	Indicador Taxa de Referência de Leitos de UTI Pediátrica será considerado para fins exclusivos de monitoramento/acompanhamento do comportamento das taxas de referência apresentadas pelo beneficiário, não incidindo sobre a composição final dos Indicadores e repasse no recurso.

QUADRO IV – Metas do Indicador Taxa de Referência dos Leitos de UTI Pediátrica

Metas Indicador Taxa de Referência Leitos UTI Pediátrica		
Município	Entidade	Meta
Ipatinga	Hospital Márcio Cunha	60%

Definição de termos utilizados no indicador:

- Internações de referência: número de pacientes oriundos de outros municípios internados no período.
- Internações totais: número de pacientes internados no período.

CENÁRIO DA COMPOSIÇÃO FINAL DOS INDICADORES DOS COMPONENTES LEITOS DE RETAGUARDA CLÍNICO, LEITOS DE UTI ADULTO E UTI PEDIÁTRICO



1. Leitos de Retaguarda UTI Adulto, Leitos UTI Pediátrica e Leitos Clínicos

INDICADORES	META	PESO	FIXO	VARIÁVEL
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) UTI Adulto	90%	25%	30%	70%
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) UTI Pediátrica	90%	25%		
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) Leitos Clínicos	85%	25%		
Possuir Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar	100%	25%		
TOTAL		100%	100%	