

CADERNO TÉCNICO INDICADORES

FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

GERÊNCIA DE MONITORAMENTO E PARCERIAS

INSTRUTIVO PARA APURAÇÃO DOS INDICADORES DO TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 12/2024

MAIO/2026

Sumário

INTRODUÇÃO 7
1. ÁREA TEMÁTICA 01: PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E FATURAMENTO 8
1.1. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 9
1.1.1. MATRIZ DOS INDICADORES 1.1.1 E 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 9
I. PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE (INDICADOR 1.1.1 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE) 11
II. PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (INDICADOR 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE) 13
1.2. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO (AIH) 16
1.2.1 MATRIZ DO INDICADOR 1.1.3 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO (AIH) 16
1.2.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.3 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO 18
1.3. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO CIRÚRGICA 21
1.3.1 MATRIZ DO INDICADOR 1.1.4 – CUMPRIMENTO DE PRODUÇÃO CIRÚRGICA 21
1.3.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.4 – PERCENTUAL DE PRODUÇÃO CIRÚRGICA 22
1.4. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO 25
1.4.1 MATRIZ PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.5 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO 25
1.4.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.5 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO 27
1.5. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL 29
1.5.1 MATRIZ DO INDICADOR 1.1.6 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL 29
1.5.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.6 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL 30
PARA LEITOS DE UTI NEO 31
PARA LEITOS DE UCI NEO 32
1.6. PERCENTUAL DE APROVAÇÃO DE AIH COM BASE NAS ALTAS CODIFICADAS NO DRG 34
1.6.1 MATRIZ DO INDICADOR 1.2 – PERCENTUAL DE APROVAÇÃO DE AIH COM BASE NAS ALTAS CODIFICADAS NO DRG 34
1.6.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.2 – PERCENTUAL DE APROVAÇÃO DE AIH COM BASE NAS ALTAS CODIFICADAS NO DRG 36
- Para cálculo do numerador do indicador (Nº de AIHs aprovadas): 36
- Para cálculo do denominador do indicador (total de altas codificadas no DRG): 37

1.7. PERCENTUAL DE APROVAÇÃO DE AIH COM BASE NAS ALTAS CODIFICADAS NO DRG 40
1.7.1 MATRIZ DO INDICADOR 1.3 – PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA 40

1.7.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.3 – PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA 42
2. ÁREA TEMÁTICA 02 PROCESSOS E QUALIDADE 50
2.1. CUMPRIMENTO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 50
2.1.1 MATRIZ DO INDICADOR 2.1 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 50
2.1.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.1 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 53
Como é calculado o NPS: 54
Cálculo de Amostragem: 54
2.2 CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS 55
2.2.1 MATRIZ DO INDICADOR 2.2 – PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS 55
2.2.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.2 – PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS 57
2.3 CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA 58
2.3.1 MATRIZ DO INDICADOR 2.3 – PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA 58
2.3.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.3 – PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA 60
Para cálculo do numerador (total de altas codificadas no DRG): 60
- Para obtenção do denominador (total de altas lançadas no Sistema de Gestão Hospitalar): 62
- Para cálculo da fórmula do indicador: 64

2.4 CUMPRIMENTO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DA INFORMAÇÃO CLÍNICA– IQIC 65
2.4.1 MATRIZ DO INDICADOR 2.4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DA INFORMAÇÃO CLÍNICA – IQIC 65
2.4.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA – IQCC 67
2.5 TAXA DE CUMPRIMENTO DE PLANOS DE AÇÃO 71
2.5.1 MATRIZ DO INDICADOR 2.5 – TAXA DE CUMPRIMENTO DE PLANOS DE AÇÃO 71
2.5.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.5 – ÍNDICE DE TAXA DE CUMPRIMENTO DE PLANOS DE AÇÃO 72
3. ÁREA TEMÁTICA 03: ASSISTÊNCIA À SAÚDE 75
3.1 CUMPRIMENTO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR 76
3.1.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR 76
3.1.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR 77
3.2 CUMPRIMENTO DA TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR 82
3.2.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.2 – TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR 82
3.2.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR 84
3.3 CUMPRIMENTO DA TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL 90
3.3.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.3 – TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL OBSERVADAS X PREVISTAS 90
3.3.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.3 – TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL OBSERVADAS X PREVISTAS 92

3.4 TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS 95
3.4.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.4 – TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS 95
3.4.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO 3.4 – TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS 97
3.5 TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES NÃO INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS 100
3.5.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.5 – TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES NÃO INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS 100
3.5.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO 3.5 – TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES NÃO INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS 102
3.6 CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE CASE MIX 105
3.6.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.6 – MEDIDA DE CASE MIX 105
3.6.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.6 – MEDIDA DE CASE MIX 107
3.7 CUMPRIMENTO DA TAXA DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON 111
3.7.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.7 – TAXA DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON 111
3.7.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.7 – TAXA DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON 114
3.8 CUMPRIMENTO DA TAXA DE ADESÃO A INDICAÇÃO DO PARTO NORMAL 117
3.8.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.8 – TAXA DE ADESÃO A INDICAÇÃO DO PARTO NORMAL 117
3.8.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.8 – TAXA DE ADESÃO A INDICAÇÃO DE PARTO NORMAL 119
3.9 CUMPRIMENTO DA TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO OBSERVADAS X PREVISTAS 123
3.9.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.9 – TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO OBSERVADAS X PREVISTAS 123
3.9.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.9 – TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO OBSERVADAS X PREVISTAS 125
3.10 CUMPRIMENTO DA TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI 129
3.10.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.10 – TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI 129
3.10.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.10 – TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI 131
3.11 CUMPRIMENTO DA TAXA DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE CRIB NA UTI NEONATAL 133
3.11.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.11 – TAXA DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE CRIB NA UTI NEONATAL 133
3.11.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.11 – TAXA DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE CRIB NA UTI NEONATAL 134
3.12 POTENCIAL DE AMBULATORIZAÇÃO 138
3.12.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.12 – POTENCIAL DE AMBULATORIZAÇÃO OBSERVADAS X PREVISTAS 138
3.12.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.12 – POTENCIAL DE

AMBULATORIZAÇÃO 142
3.13 TAXA DE COMPLETUDE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 145
3.13.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.13 – TAXA DE COMPLETUDE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 145
3.13.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.13 – TAXA DE COMPLETUDE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 146
3.14 TAXA DE ACURÁCIA DO PROTOCOLO DE MANCHESTER 148
3.14.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.14 - TAXA DE ACURÁCIA DO PROTOCOLO DE MANCHESTER 148
3.14.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.14 - TAXA DE ACURÁCIA DO PROTOCOLO DE MANCHESTER 149
3.15 TAXA DE CONCORDÂNCIA ENTRE OS AUDITORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME PROTOCOLO DE MANCHESTER 152
3.15.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.15 – TAXA DE CONCORDÂNCIA ENTRE OS AUDITORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME PROTOCOLO DE MANCHESTER 152
3.15.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.15 – TAXA DE CONCORDÂNCIA ENTRE OS AUDITORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME PROTOCOLO DE MANCHESTER 153
4. ÁREA TEMÁTICA 04: GESTÃO DA PARCERIA 156
4.1 CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA 157
4.1.1 MATRIZ DO INDICADOR 4.1 – PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA 157
4.1.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 4.1 – PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA 159
4.2 CUMPRIMENTO DA EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO 163
4.2.1 MATRIZ DO INDICADOR 4.2 – CUMPRIMENTO DA EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO 163
4.2.2 AÇÕES PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 4.2 – EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO 165

INTRODUÇÃO

Os indicadores e metas estabelecidos no âmbito do Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 12/2024, celebrado entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig e a Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia – Faepu, foram definidos com o propósito de orientar a gestão, a execução e a operacionalização dos serviços hospitalares ofertados pelo Hospital Regional Antônio Dias (HRAD). Tais instrumentos visam promover o aprimoramento contínuo do desempenho institucional, ao mesmo tempo em que subsidiam a Fhemig com informações qualificadas acerca da qualidade e da efetividade dos serviços prestados, assegurando transparência e clareza na avaliação da atuação da entidade parceira.

O conjunto de indicadores e respectivas metas foi estruturado com base em critérios técnicos e metodológicos consistentes, contemplando a análise da série histórica de desempenho da unidade, de modo a refletir a evolução já observada ao longo da execução contratual e permitir a definição de parâmetros progressivos e desafiadores. Adicionalmente, foram considerados referenciais reconhecidos, como o modelo DRG Brasil, bem como diretrizes, normativas e parâmetros do Sistema Único de Saúde, aliados a boas práticas consolidadas na literatura especializada e em metodologias amplamente adotadas, a exemplo do Protocolo de Manchester. Essa abordagem integrada assegura que as metas pactuadas estejam alinhadas à complexidade assistencial da unidade, à realidade operacional e aos padrões de qualidade e segurança do cuidado.

Destaca-se, ainda, que foi priorizada a adoção de indicadores hospitalares já consolidados e amplamente utilizados, uma vez que sua padronização permite comparabilidade entre instituições, identificação de boas práticas e oportunidades de melhoria, além de contribuir para o fortalecimento de políticas baseadas em desempenho e para a ampliação da transparência perante a sociedade.

Por fim, apresentam-se, a seguir, as fichas técnicas de cada indicador, com a finalidade de explicitar sua motivação, contendo descrição, fundamentação, fórmula de cálculo, resultados observados, unidade de medida, periodicidade, fonte de comprovação, polaridade, metodologia de apuração, metas pactuadas, linha de base atualizada e referências utilizadas para definição dos parâmetros, assegurando compreensão integral dos critérios adotados.

1. ÁREA TEMÁTICA 01: PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E FATURAMENTO

O grupo de indicadores que compõem esta área temática visa mensurar o desempenho quantitativo das atividades assistenciais realizadas, bem como avaliar a conformidade dos processos internos da unidade durante a prestação dos serviços pactuados. O acompanhamento do número de procedimentos ambulatoriais realizados é fundamental para apurar a produtividade da unidade de saúde e, assim, cumprir a missão institucional e apoiar a sustentabilidade financeira.

Neste cenário, o processo de faturamento se traduz como fonte essencial para mensuração deste desempenho, por meio do qual será possível visualizar se os procedimentos realizados, bem como sua frequência, estão conforme as necessidades pactuadas com a entidade parceira, seguindo as normativas e a contratualização com o gestor local do SUS. Ressalta-se que o processo de faturamento das unidades deverá ocorrer conforme as diretrizes da Fhemig e a legislação vigente.

1.1. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

1.1.1. MATRIZ DOS INDICADORES 1.1.1 E 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

NOME DO INDICADOR	INDICADORES 1.1.1 E 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
Descrição	Consiste na apuração do percentual de procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados em dado período, considerando os grupos de procedimentos pactuados por meio da contratualização com o gestor SUS.
Fundamentação	A análise desse indicador visa garantir o cumprimento do quantitativo de atendimentos ambulatoriais pactuado em contrato assistencial, conforme necessidade, interesse e disponibilidade financeira do gestor SUS e do território. Tem como limite a capacidade de atendimento total da unidade, considerando estrutura física. Para definição da produção ambulatorial e das metas a serem alcançadas ao longo da parceria, foi utilizado como parâmetro os quantitativos pactuados e contratualizados no Plano Operativo do Convênio e alterações futuras.
Fórmula de cálculo do indicador	Somatório do número absoluto de procedimentos realizados no período.
Resultado no período avaliado	Somatório do número absoluto de procedimentos realizados nos meses avaliados no período.
Unidade de medida	Número absoluto.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado). Os indicadores da área temática 1 são avaliados em períodos diferentes dos demais, devido ao período de aproximadamente 2 meses para o processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada.
Fonte de Comprovação	TABWIN/ DATASUS.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	MAI/26, JUN/26, JUL/26	OUT/26 (8ª avaliação)	9° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	AGO/26, SET/26 OUT/26, NOV/26	JAN/ 27 (9ª avaliação)	10° PA	≥ 40.032 MC ≥ 787 AC
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	DEZ/26, JAN/27, FEV/27	ABR/27 (10ª avaliação)	11° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	MAR/27, ABR/27, MAI/27	JUL/27 (11ª avaliação)	12° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	JUN/27, JUL/27, AGO/27	OUT/27 (12ª avaliação)	13° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	JUL/27, AGO/27, SET/27	SET/27, OUT/27, NOV/27	JAN/28 (13ª avaliação)	14° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	DEZ/27, JAN/28, FEV/28	ABR/28 (14ª avaliação)	15° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	MAR/28, ABR/28, MAI/28	JUL/28 (15ª avaliação)	16° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	JUN/28, JUL/28, AGO/28	OUT/28 (16ª avaliação)	17° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	JUL/28, AGO/28, SET/28	SET/28, OUT/28, NOV/28	JAN/29 (17ª avaliação)	18° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	DEZ/28, JAN/29, FEV/29	ABR/29 (18ª avaliação)	19° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	MAR/29, ABR/29, MAI/29	JUL/29 (19ª avaliação)	20° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	JUN/29, JUL/29, AGO/29	OUT/29 (20ª avaliação)	21° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	JUL/29, AGO/29, SET/29	SET/29, OUT/29, NOV/29	JAN/30 (21ª avaliação)	22° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	DEZ/29, JAN/30, FEV/30	ABR/30 (22ª avaliação)	23° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	MAR/30, ABR/30, MAI/30	JUL/30 (23ª avaliação)	24° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	JUN/30, JUL/30, AGO/30	OUT/30 (24ª avaliação)	25° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	JUL/30, AGO/30, SET/30	SET/30, OUT/30, NOV/30	JAN/31 (25ª avaliação)	26° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	DEZ/30, JAN/31, FEV/31	ABR/31 (26ª avaliação)	27° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	MAR/31, ABR/31, MAI/31	JUL/31 (27ª avaliação)	28° PA	≥ 30.024 MC ≥ 590 AC
	ABR/31, MAI/31	JUN/31, JUL/31	OUT/31 (28ª avaliação)		≥ 30.024 MC ≥ 590 AC

Linha de base atualizada

Período	CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE (média trimestral)	CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE (média trimestral)
2022	17.979	299
2023	22.223	769
2024	28.067	569
2025	33.704	536

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): manual técnico operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

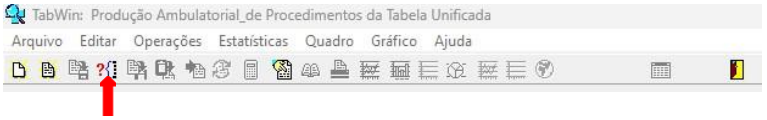
1.1.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.1 E 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Após instalação do Sistema TABWIN, conforme documento ANEXO, seguir o passo a passo para apurar a produção ambulatorial e hospitalar no referido sistema:

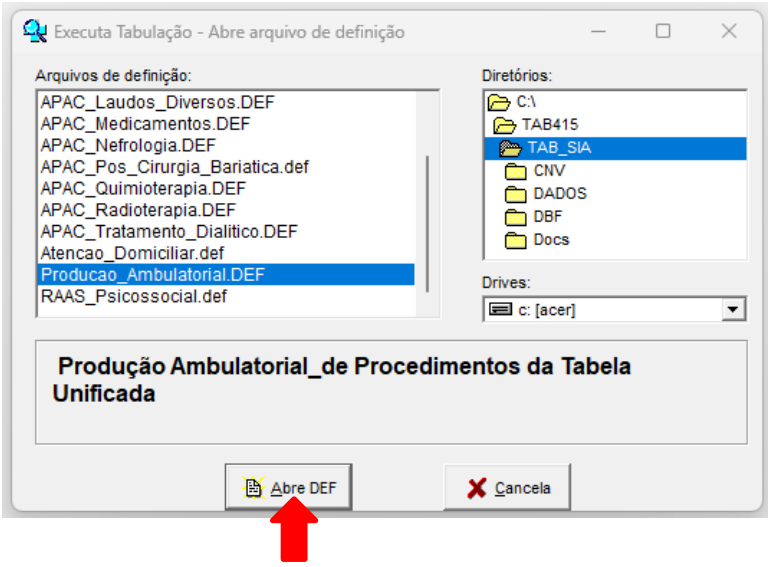
I. PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE (INDICADOR 1.1.1 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE)

a) Acessar o TABWIN 415

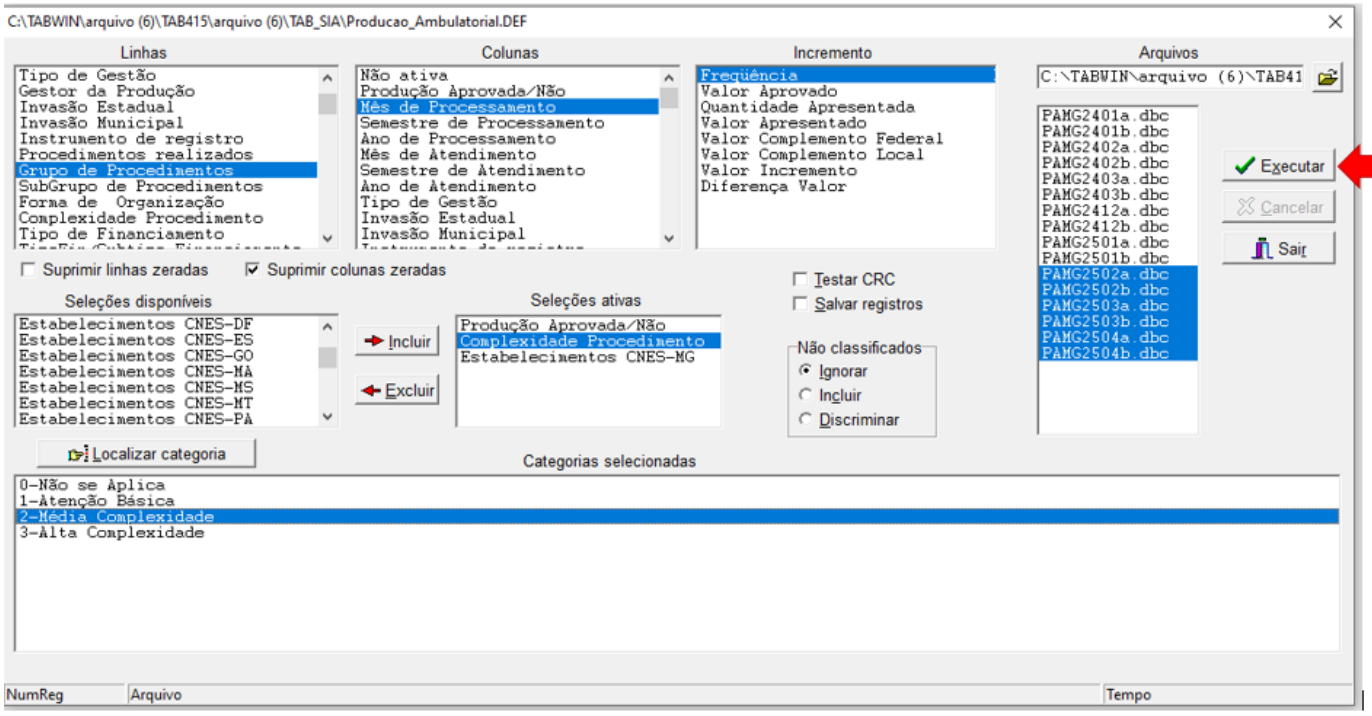
b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO 



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:



Na tela seguinte, clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:

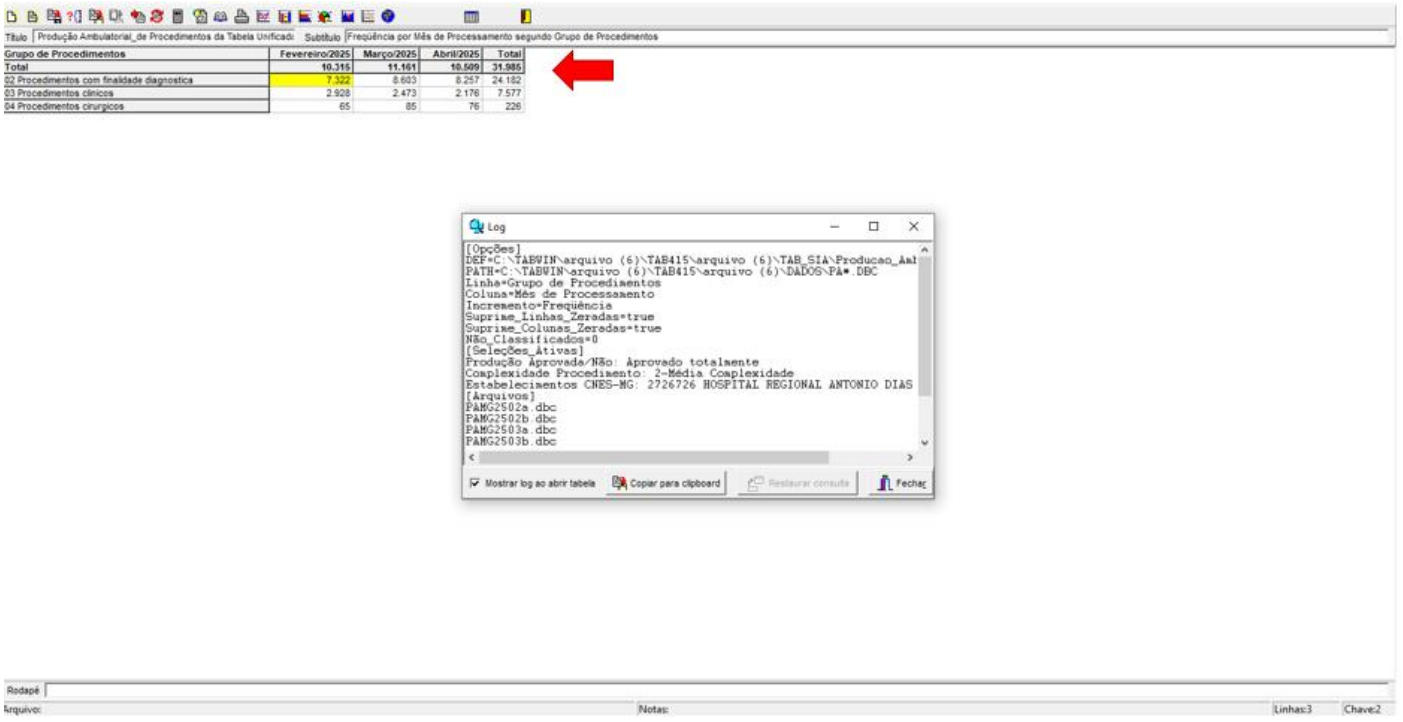


Observações:

- Em linhas, selecionar a opção: “Grupos de procedimentos”
- Em colunas: selecionar “Mês de processamento”
- Para incremento a opção será : “frequencia”
- Marcar check box “Suprimir colunas zeradas”

Em seleções disponíveis:

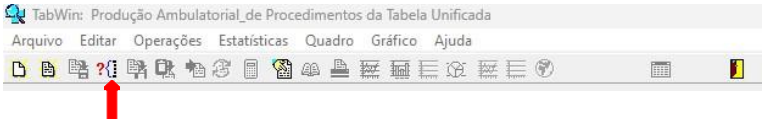
- Após incluir a “Seleção Ativa”, deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:
  - Produção aprovada/Não: APROVADO TOTALMENTE
  - Complexidade Procedimento: 2 – MÉDIA COMPLEXIDADE
  - Estabelecimentos: CNES-MG/LOCALIZAR CATEGORIA: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS



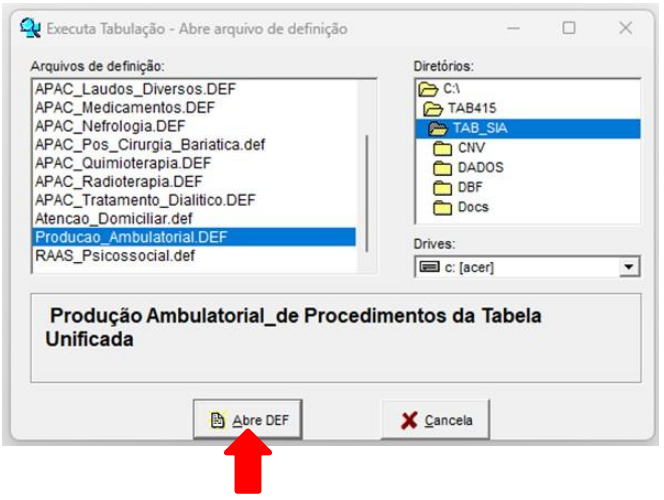
II. PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (INDICADOR 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE)

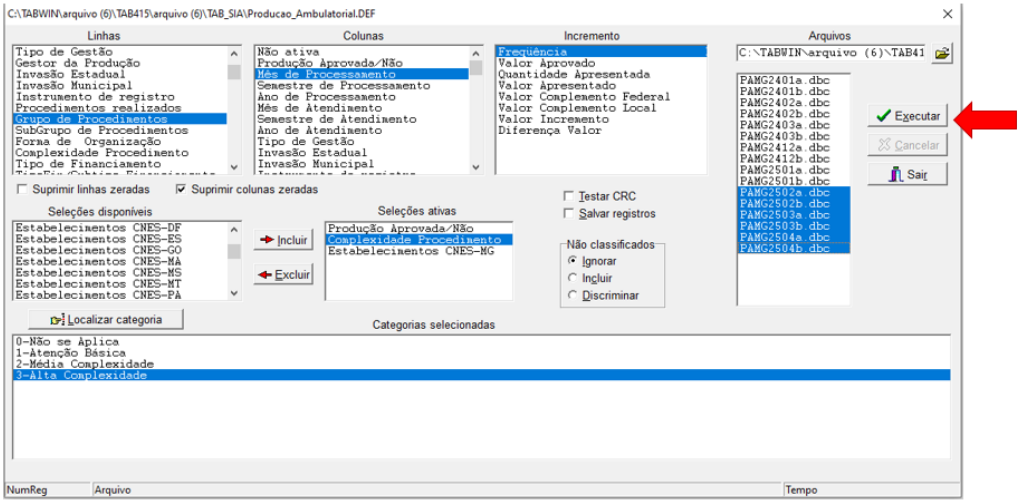
a) Acessar o TABWIN 415

b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO 



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:





d) Na tela seguinte, clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:

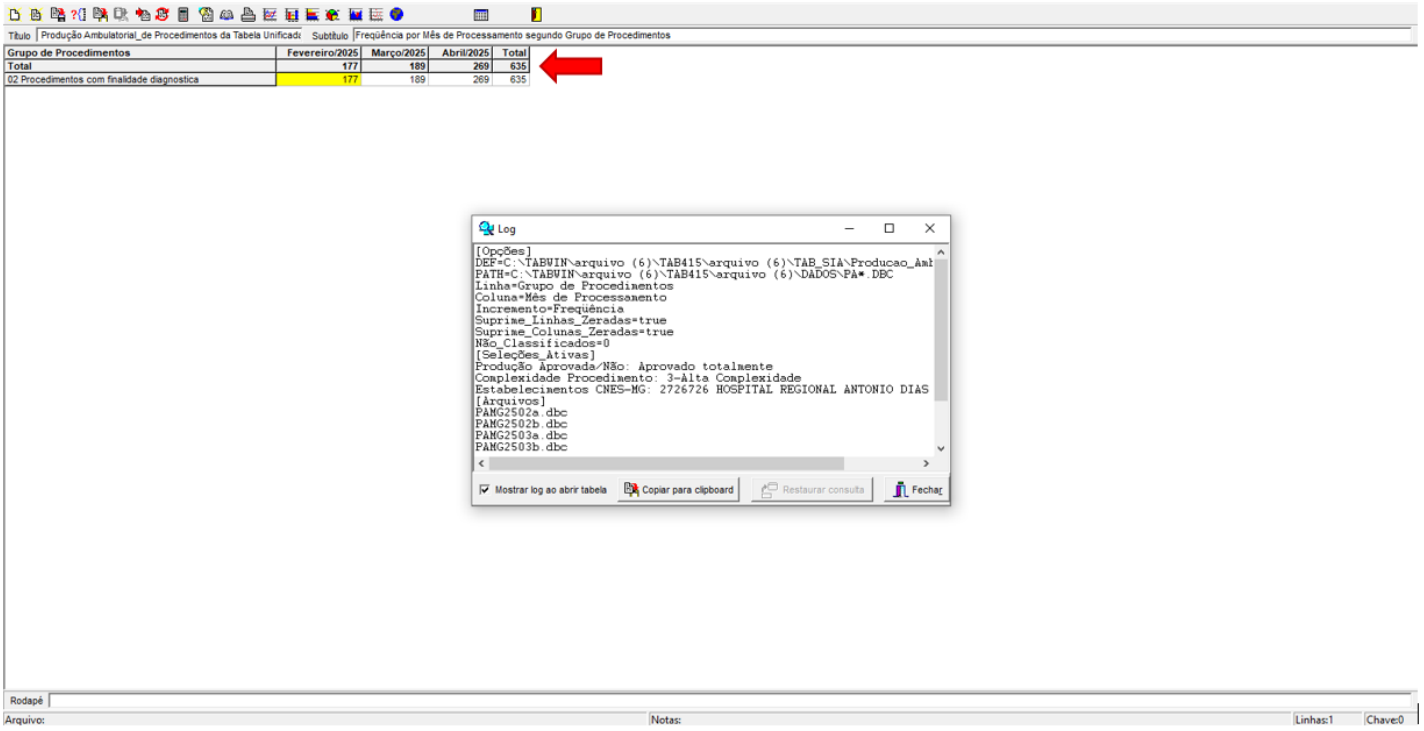
<u>Observações:</u>

- Em linhas, selecionar a opção: “Grupos de procedimentos”
- Em colunas: selecionar “Mês de processamento”
- Para incremento a opção será : “frequencia”
- Marcar check box “Suprimir colunas zeradas”

Em seleções disponíveis:

- Após incluir a “Seleção Ativa”, deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:

- Produção aprovada/Não: APROVADO TOTALMENTE
- Complexidade Procedimento: 3 – ALTA COMPLEXIDADE
- Estabelecimentos CNES-MG/LOCALIZAR CATEGORIA: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS



1.2. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO (AIH)

1.2.1 MATRIZ DO INDICADOR 1.1.3 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO (AIH)

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.3 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO (AIH)
Descrição	Consiste na apuração da produção hospitalar (em AIHs) realizada nos leitos cirúrgicos, obstétricos, clínicos e pediátricos, em dado período.
Fundamentação	A adoção desse indicador e seu monitoramento visam: • garantir o incremento de acesso à internação hospitalar à população do território; • a indução do uso de toda a capacidade operacional da unidade; um processo constante de monitoramento do tempo de permanência e indicação do giro do leito de acordo com o esperado para os grupos de diagnóstico relacionados (DRGs); • o cumprimento do quantitativo de atendimentos pactuado em contrato assistencial, conforme necessidade, interesse e disponibilidade financeira do gestor SUS e do território; gerando assim o uso eficiente do recurso público. Do ponto de vista global, tal análise projeta a capacidade de atendimento total da unidade quando se supera os processos da gestão menos eficientes e se alcança o valor ótimo de "produção" assistencial. As metas foram definidas considerando um escalonamento percentual dentro do limite máximo de produção. Tem como limite a capacidade de atendimento total da unidade, considerando estrutura física e tempo de permanência esperado para o perfil de complexidade assistencial.
Fórmula de cálculo do indicador	Somatório do número absoluto das internações nos leitos cirúrgicos, obstétricos, clínicos e pediátricos realizadas no período.
Resultado no período avaliado	Somatório do número absoluto das internações nos leitos cirúrgicos, obstétricos, clínicos e pediátricos realizadas nos meses avaliados no período.
Unidade de medida	Número absoluto.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado). Os indicadores da área temática 1 são avaliados em períodos diferentes dos demais, devido ao período de aproximadamente 2 meses para o processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada.
Fonte de Comprovação	TABWIN/ DATASUS.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	MAI/26, JUN/26, JUL/26	OUT/26 (8ª avaliação)	9° PA	≥ 2.189
	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	AGO/26, SET/26 OUT/26, NOV/26	JAN/ 27 (9ª avaliação)	10° PA	≥ 2.918
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	DEZ/26, JAN/27, FEV/27	ABR/27 (10ª avaliação)	11° PA	≥ 2.189
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	MAR/27, ABR/27, MAI/27	JUL/27 (11ª avaliação)	12° PA	≥ 2.189
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	JUN/27, JUL/27, AGO/27	OUT/27 (12ª avaliação)	13° PA	≥ 2.189
	JUL/27, AGO/27, SET/27	SET/27, OUT/27, NOV/27	JAN/28 (13ª avaliação)	14° PA	≥ 2.189
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	DEZ/27, JAN/28, FEV/28	ABR/28 (14ª avaliação)	15° PA	≥ 2.189
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	MAR/28, ABR/28, MAI/28	JUL/28 (15ª avaliação)	16° PA	≥ 2.189
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	JUN/28, JUL/28, AGO/28	OUT/28 (16ª avaliação)	17° PA	≥ 2.189
	JUL/28, AGO/28, SET/28	SET/28, OUT/28, NOV/28	JAN/29 (17ª avaliação)	18° PA	≥ 2.189
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	DEZ/28, JAN/29, FEV/29	ABR/29 (18ª avaliação)	19° PA	≥ 2.189
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	MAR/29, ABR/29, MAI/29	JUL/29 (19ª avaliação)	20° PA	≥ 2.189
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	JUN/29, JUL/29, AGO/29	OUT/29 (20ª avaliação)	21° PA	≥ 2.189
	JUL/29, AGO/29, SET/29	SET/29, OUT/29, NOV/29	JAN/30 (21ª avaliação)	22° PA	≥ 2.189
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	DEZ/29, JAN/30, FEV/30	ABR/30 (22ª avaliação)	23° PA	≥ 2.189
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	MAR/30, ABR/30, MAI/30	JUL/30 (23ª avaliação)	24° PA	≥ 2.189
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	JUN/30, JUL/30, AGO/30	OUT/30 (24ª avaliação)	25° PA	≥ 2.189
	JUL/30, AGO/30, SET/30	SET/30, OUT/30, NOV/30	JAN/31 (25ª avaliação)	26° PA	≥ 2.189
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	DEZ/30, JAN/31, FEV/31	ABR/31 (26ª avaliação)	27° PA	≥ 2.189
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	MAR/31, ABR/31, MAI/31	JUL/31 (27ª avaliação)	28° PA	≥ 2.189
	ABR/31, MAI/31	JUN/31, JUL/31	OUT/31 (28ª avaliação)		≥ 2.189

Linha de base atualizada

Período	PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO (média trimestral)
2022	1.798
2023	2.057
2024	2.175
2025	2.133

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

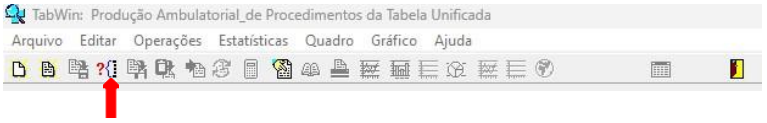
1. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): manual técnico operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

1.2.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.3 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO

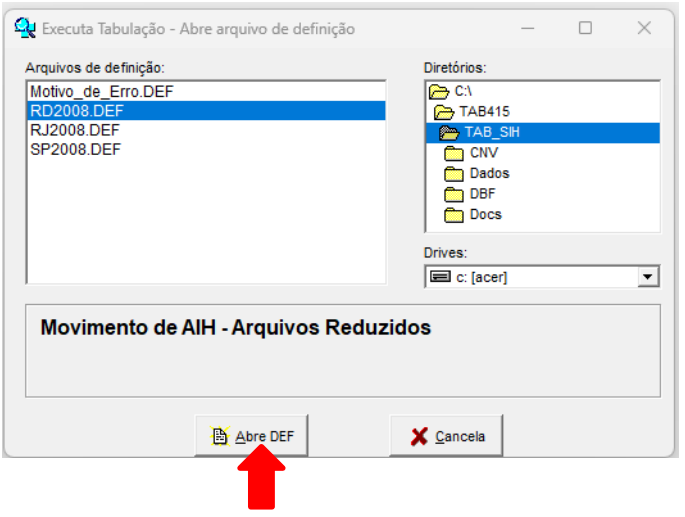
Após instalação do Sistema TABWIN, conforme documento ANEXO, seguir o passo a passo para apurar a produção ambulatorial e hospitalar no referido sistema:

a) Acessar o TABWIN 415

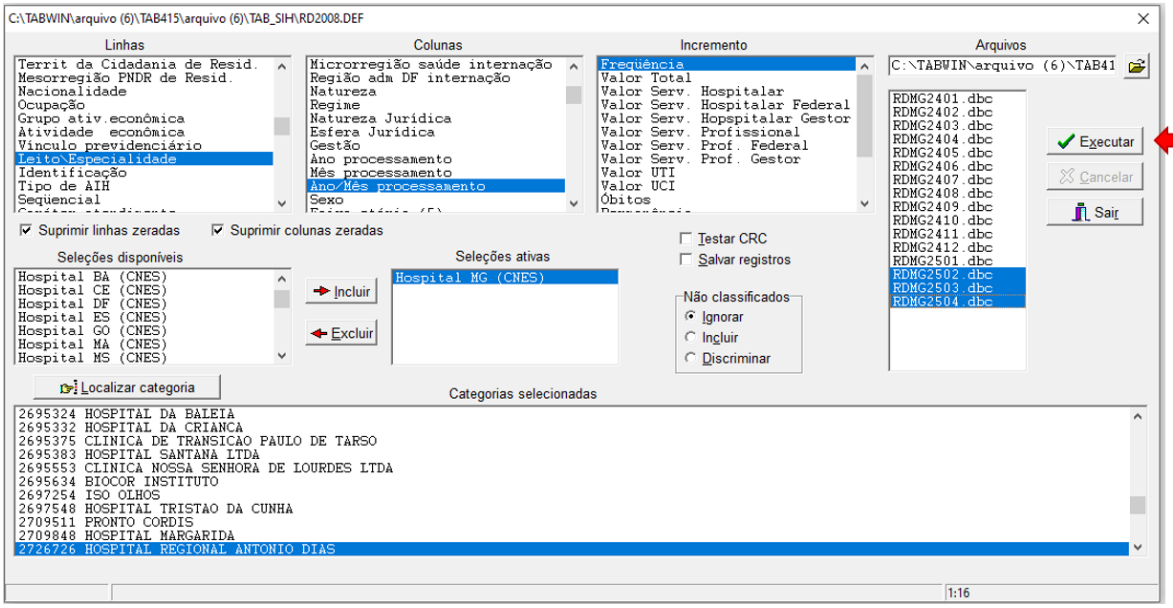
b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:



d) Na tela seguinte clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:

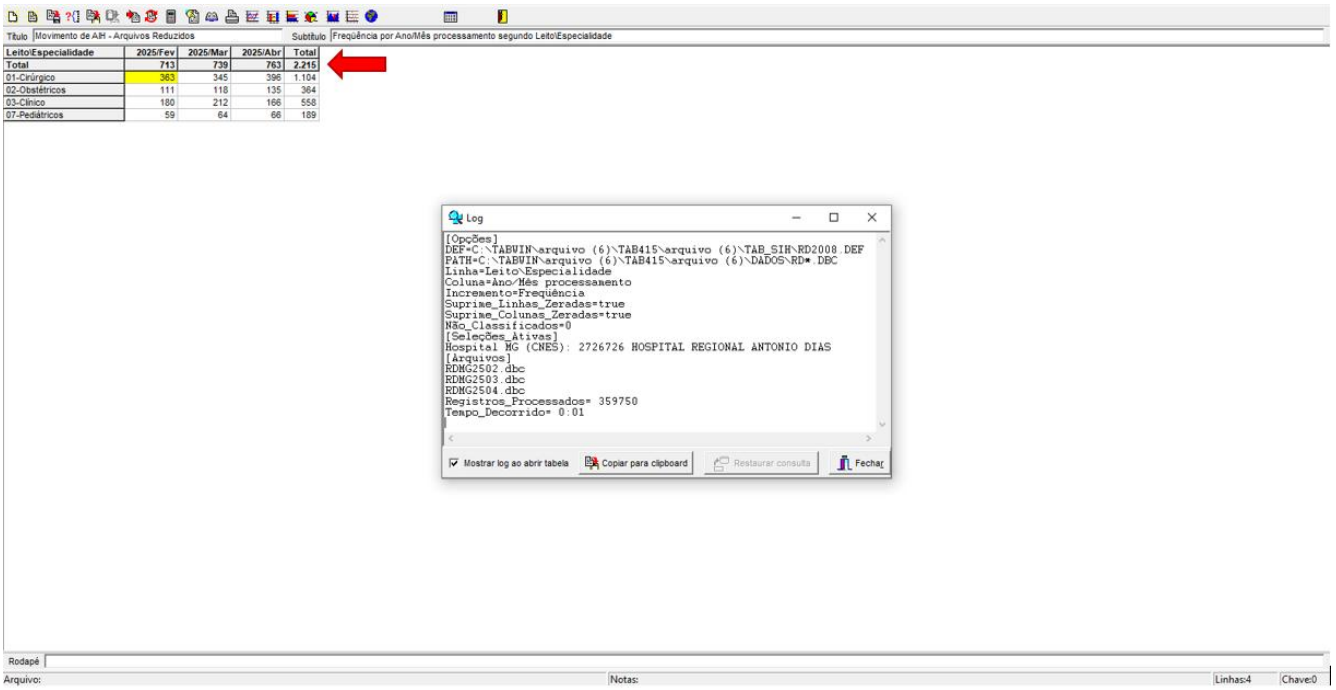


Observações:

- Em linhas, selecionar a opção: “leito/especialidade”
- Em colunas: selecionar “Ano/ mês de processamento”
- Para incremento a opção será : “frequencia”
- Marcar no check box “Suprimir linhas e coluna zeradas”

Em seleções disponíveis:

- Após incluir a “Seleção Ativa”, deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:
  - Estabelecimentos CNES-MG: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS



Título: Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos
Subtítulo: Freqüência por Ano/Mês processamento segundo Leito\Especialidade

Leito\Especialidade	2025/Fev	2025/Mar	2025/Abr	Total
Total	713	739	763	2.215
01-Cirúrgico	383	345	396	1.104
02-Obstétricos	111	118	135	364
03-Clínico	180	212	166	558
07-Pediátricos	59	64	66	189

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\arquivo (6)\TAB415\arquivo (6)\TAB_SIH\RD2008.DEF
PATH=C:\TABWIN\arquivo (6)\TAB415\arquivo (6)\DADOS\RD*.DBC
Linha=Leito\Especialidade
Coluna=Ano/Mês processamento
Incremento=Freqüência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções_Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RDMG2502.dbc
RDMG2503.dbc
RDMG2504.dbc
Registros_Processados= 359750
Tempo_Decorrido= 0:01
```

Mostrar log ao abrir tabela | Copiar para clipboard | Restaurar consulta | Fechar

Rodapé
Arquivo: | Notas: | Linhas:4 | Chave:0

1.3. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO CIRÚRGICA

1.3.1 MATRIZ DO INDICADOR 1.1.4 – CUMPRIMENTO DE PRODUÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.4 – CUMPRIMENTO DE PRODUÇÃO CIRÚRGICA
Descrição	Consiste na apuração da produção cirúrgica hospitalar realizada em dado período.
Fundamentação	Consiste no somatório do número absoluto de procedimentos cirúrgicos realizados na unidade em um determinado período, comparando-se com as metas estabelecidas. Este indicador visa monitorar e garantir o cumprimento das metas de produção cirúrgica do hospital, otimizando a utilização do centro cirúrgico e atendendo às necessidades do território.
Fórmula de cálculo do indicador	Somatório do número absoluto de cirurgias realizadas no período.
Resultado no período avaliado	Somatório do número absoluto de cirurgias realizadas no período.
Unidade de medida	Número absoluto.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado). Os indicadores da área temática 1 são avaliados em períodos diferentes dos demais, devido ao período de aproximadamente 2 meses para o processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada.
Fonte de Comprovação	TABWIN/ DATASUS.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 Se desempenho < 70% = zero
Meta	

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	MAI/26, JUN/26, JUL/26	OUT/26 (8ª avaliação)	9° PA	≥ 1864
	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	AGO/26, SET/26 OUT/26, NOV/26	JAN/ 27 (9ª avaliação)	10° PA	≥ 2486
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	DEZ/26, JAN/27, FEV/27	ABR/27 (10ª avaliação)	11° PA	≥ 1864
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	MAR/27, ABR/27, MAI/27	JUL/27 (11ª avaliação)	12° PA	≥ 1864
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	JUN/27, JUL/27, AGO/27	OUT/27 (12ª avaliação)	13° PA	≥ 1864
	JUL/27, AGO/27, SET/27	SET/27, OUT/27, NOV/27	JAN/28 (13ª avaliação)	14° PA	≥ 1864
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	DEZ/27, JAN/28, FEV/28	ABR/28 (14ª avaliação)	15° PA	≥ 1864
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	MAR/28, ABR/28, MAI/28	JUL/28 (15ª avaliação)	16° PA	≥ 1864
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	JUN/28, JUL/28, AGO/28	OUT/28 (16ª avaliação)	17° PA	≥ 1864
	JUL/28, AGO/28, SET/28	SET/28, OUT/28, NOV/28	JAN/29 (17ª avaliação)	18° PA	≥ 1864
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	DEZ/28, JAN/29, FEV/29	ABR/29 (18ª avaliação)	19° PA	≥ 1864
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	MAR/29, ABR/29, MAI/29	JUL/29 (19ª avaliação)	20° PA	≥ 1864
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	JUN/29, JUL/29, AGO/29	OUT/29 (20ª avaliação)	21° PA	≥ 1864
	JUL/29, AGO/29, SET/29	SET/29, OUT/29, NOV/29	JAN/30 (21ª avaliação)	22° PA	≥ 1864
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	DEZ/29, JAN/30, FEV/30	ABR/30 (22ª avaliação)	23° PA	≥ 1864
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	MAR/30, ABR/30, MAI/30	JUL/30 (23ª avaliação)	24° PA	≥ 1864
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	JUN/30, JUL/30, AGO/30	OUT/30 (24ª avaliação)	25° PA	≥ 1864

	JUL/30, AGO/30, SET/30	SET/30, OUT/30, NOV/30	JAN/31 (25ª avaliação)	26° PA	≥ 1864
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	DEZ/30, JAN/31, FEV/31	ABR/31 (26ª avaliação)	27° PA	≥ 1864
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	MAR/31, ABR/31, MAI/31	JUL/31 (27ª avaliação)	28° PA	≥ 1864
	ABR/31, MAI/31	JUN/31, JUL/31	OUT/31 (28ª avaliação)		≥ 1864

Linha de base atualizada

Período	PRODUÇÃO CIRÚRGICA (média trimestral)
2022	987
2023	1.254
2024	1.386
2025	1.864

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

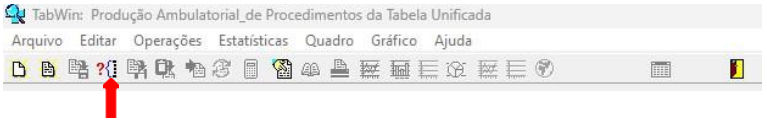
1. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): manual técnico operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

1.3.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.4 – PERCENTUAL DE PRODUÇÃO CIRÚRGICA

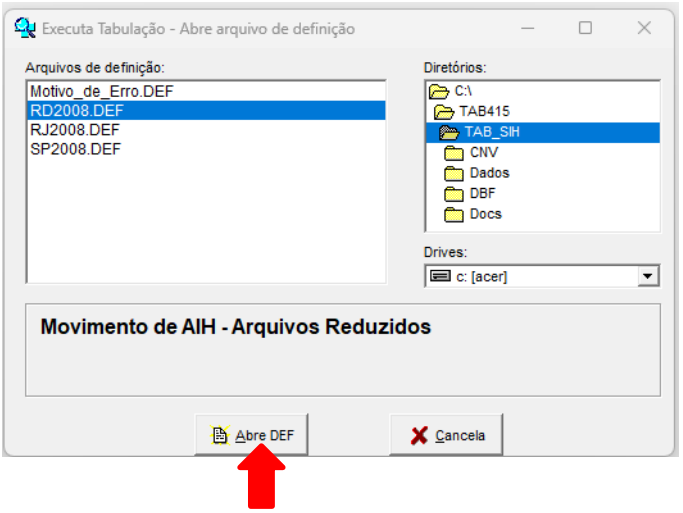
1.3.2.1. Após instalação do Sistema TABWIN, conforme documento ANEXO, seguir o passo a passo para apurar a produção ambulatorial e hospitalar no referido sistema:

a) Acessar o TABWIN 415

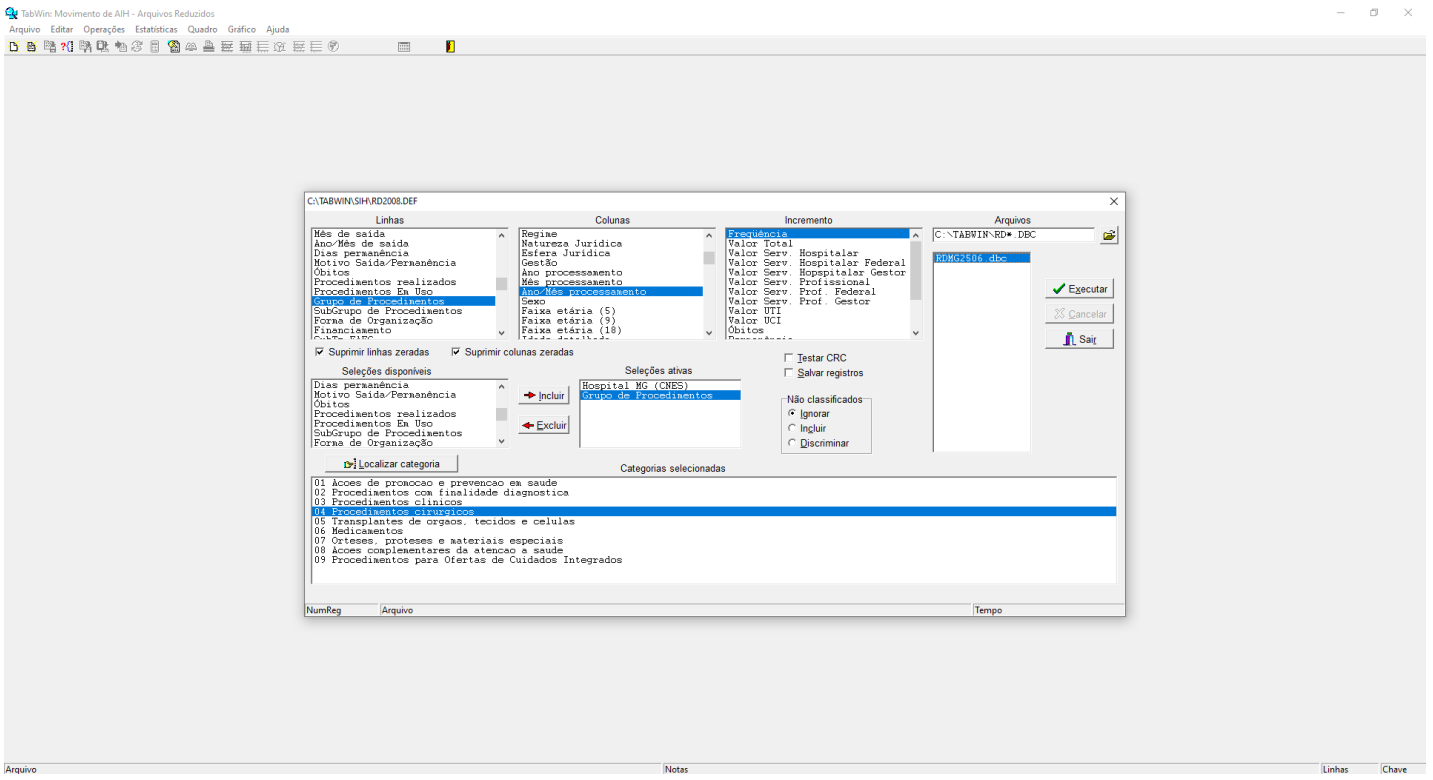
b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO 



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:



d) Na tela seguinte clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:



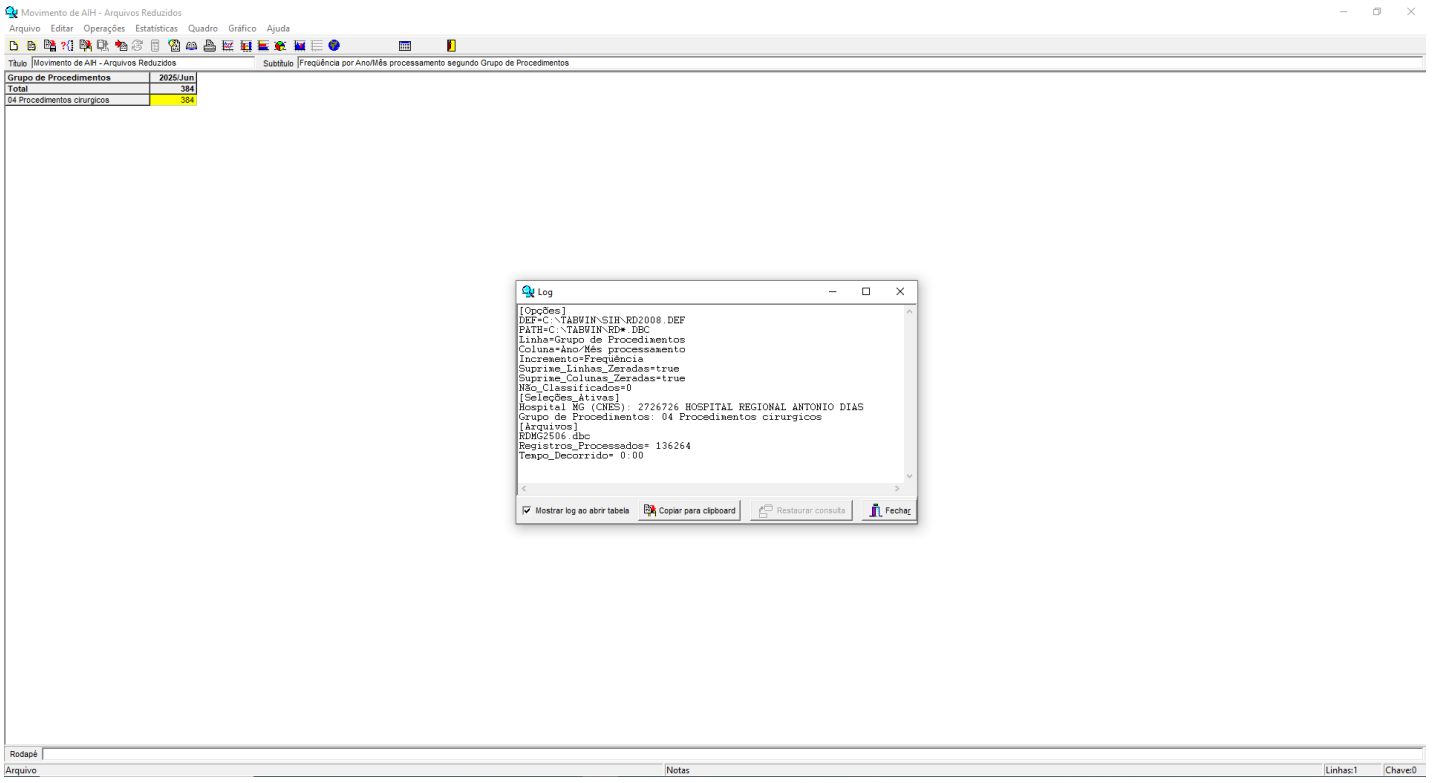
Observações:

- Em linhas, selecionar a opção: “Grupos de procedimentos”
- Em colunas: selecionar “Ano/ mês de processamento”
- Para incremento a opção será : “frequencia”
- Marcar oi check box “Suprimir linhas zeradas”

Em seleções disponíveis:

- Após incluir a “Seleção Ativa”, deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:

  - Estabelecimentos CNES-MG: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
  - Grupo de procedimentos: 04 Procedimentos cirúrgicos



1.3.2.2. Após finalizar a etapa acima, repetir todo o passo a passo com a utilização do filtro de AIHs rejeitadas (RJXXXX.DEF) por mês de processamento e grupo de procedimentos para obter o número de procedimentos rejeitados.

1.3.2.3. Para obter o número final de procedimentos cirúrgicos, deve-se realizar a subtração do número de procedimentos realizados pelo o número de procedimentos rejeitados.

1.4. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO

1.4.1 MATRIZ PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.5 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.5 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO
Descrição	Consiste na apuração da produção hospitalar (em diárias) realizada em dado período, em leitos de UTI Adulto. Observação: para esse indicador serão contabilizados somente os leitos de UTI Adulto – tipo II, pois o HRAD está habilitado para esta categoria.
Fundamentação	Visa avaliar o grau de utilização dos leitos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI Adulto). Mede a utilização do leito considerando a otimização da capacidade instalada em 95%. O leito hospitalar, sobretudo de cuidado intensivo, deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deve ser utilizado de forma ótima, a fim de aumentar o acesso e estar disponível para indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação de sua saúde.
Fórmula de cálculo do indicador	Somatório do número absoluto de diárias em leitos de UTI Adulto - tipo II realizadas no período.
Resultado no período avaliado	Somatório do número absoluto de diárias em leitos de UTI Adulto - tipo II realizadas nos meses avaliados no período.
Unidade de medida	Número absoluto.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado). Os indicadores da área temática 1 são avaliados em períodos diferentes dos demais, devido ao período de aproximadamente 2 meses para o processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada.
Fonte de Comprovação	TABWIN/ DATASUS.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	MAI/26, JUN/26, JUL/26	OUT/26 (8ª avaliação)	9° PA	≥ 803
	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	AGO/26, SET/26 OUT/26, NOV/26	JAN/ 27 (9ª avaliação)	10° PA	≥ 1070
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	DEZ/26, JAN/27, FEV/27	ABR/27 (10ª avaliação)	11° PA	≥ 803
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	MAR/27, ABR/27, MAI/27	JUL/27 (11ª avaliação)	12° PA	≥ 803
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	JUN/27, JUL/27, AGO/27	OUT/27 (12ª avaliação)	13° PA	≥ 803
	JUL/27, AGO/27, SET/27	SET/27, OUT/27, NOV/27	JAN/28 (13ª avaliação)	14° PA	≥ 803
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	DEZ/27, JAN/28, FEV/28	ABR/28 (14ª avaliação)	15° PA	≥ 803
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	MAR/28, ABR/28, MAI/28	JUL/28 (15ª avaliação)	16° PA	≥ 803
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	JUN/28, JUL/28, AGO/28	OUT/28 (16ª avaliação)	17° PA	≥ 803
	JUL/28, AGO/28, SET/28	SET/28, OUT/28, NOV/28	JAN/29 (17ª avaliação)	18° PA	≥ 803
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	DEZ/28, JAN/29, FEV/29	ABR/29 (18ª avaliação)	19° PA	≥ 803
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	MAR/29, ABR/29, MAI/29	JUL/29 (19ª avaliação)	20° PA	≥ 803
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	JUN/29, JUL/29, AGO/29	OUT/29 (20ª avaliação)	21° PA	≥ 803
	JUL/29, AGO/29, SET/29	SET/29, OUT/29, NOV/29	JAN/30 (21ª avaliação)	22° PA	≥ 803
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	DEZ/29, JAN/30, FEV/30	ABR/30 (22ª avaliação)	23° PA	≥ 803
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	MAR/30, ABR/30, MAI/30	JUL/30 (23ª avaliação)	24° PA	≥ 803
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	JUN/30, JUL/30, AGO/30	OUT/30 (24ª avaliação)	25° PA	≥ 803
	JUL/30, AGO/30, SET/30	SET/30, OUT/30, NOV/30	JAN/31 (25ª avaliação)	26° PA	≥ 803
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	DEZ/30, JAN/31, FEV/31	ABR/31 (26ª avaliação)	27° PA	≥ 803
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	MAR/31, ABR/31, MAI/31	JUL/31 (27ª avaliação)	28° PA	≥ 803
	ABR/31, MAI/31	JUN/31, JUL/31	OUT/31 (28ª avaliação)		≥ 803

Linha de base atualizada

Período	DIÁRIAS DE UTI ADULTO (média trimestral)
2022	835
2023	756
2024	787
2025	781

*Observação: ressalta-se que no PCEP formalizado com o município de Patos de Minas, o quantitativo pactuado de diárias de UTI engloba as diárias de acompanhantes, diferentemente do Contrato de Gestão, o qual engloba especificamente as diárias dos pacientes em terapia intensiva.

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

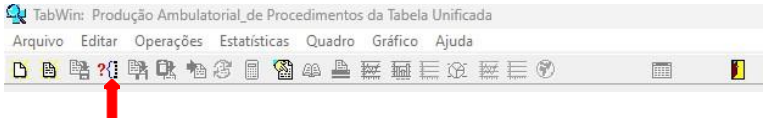
1. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): manual técnico operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

1.4.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.5 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO

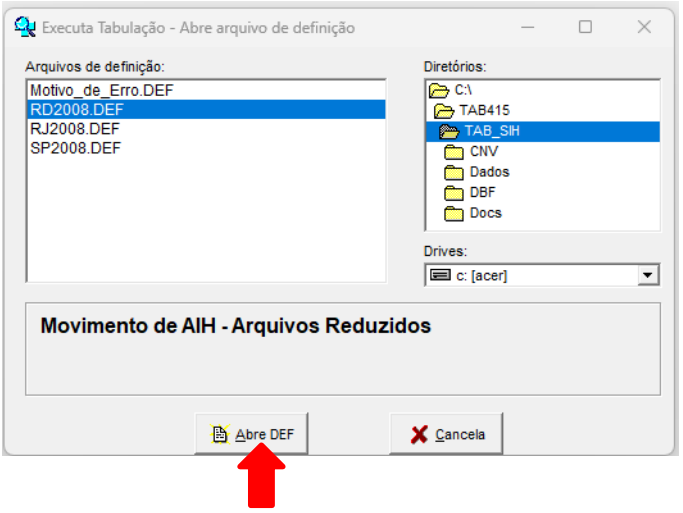
Após instalação do Sistema TABWIN, conforme documento ANEXO, seguir o passo a passo para apurar a produção ambulatorial e hospitalar no referido sistema:

a) Acessar o TABWIN 415

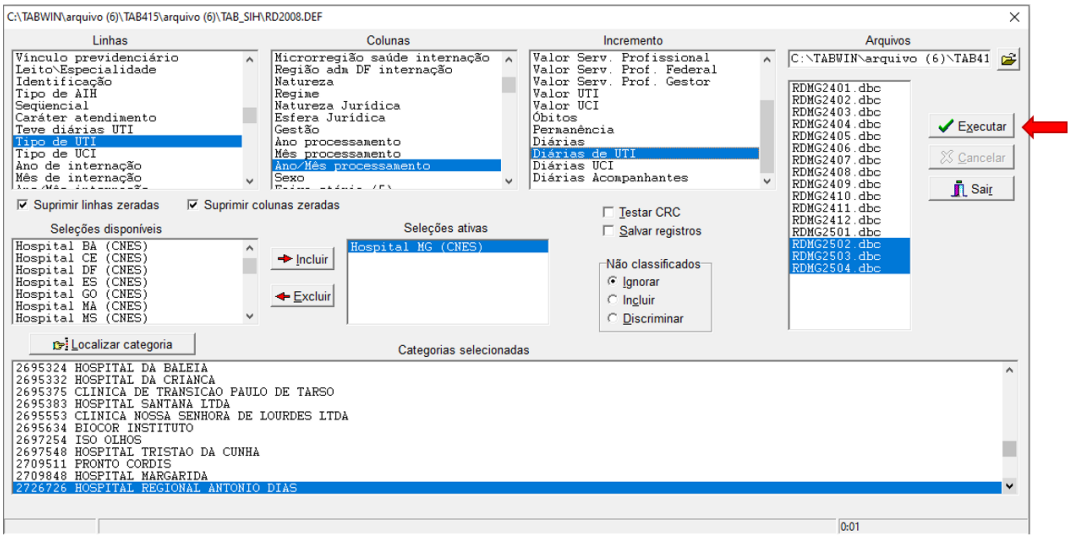
b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:



d) Na tela seguinte, clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:

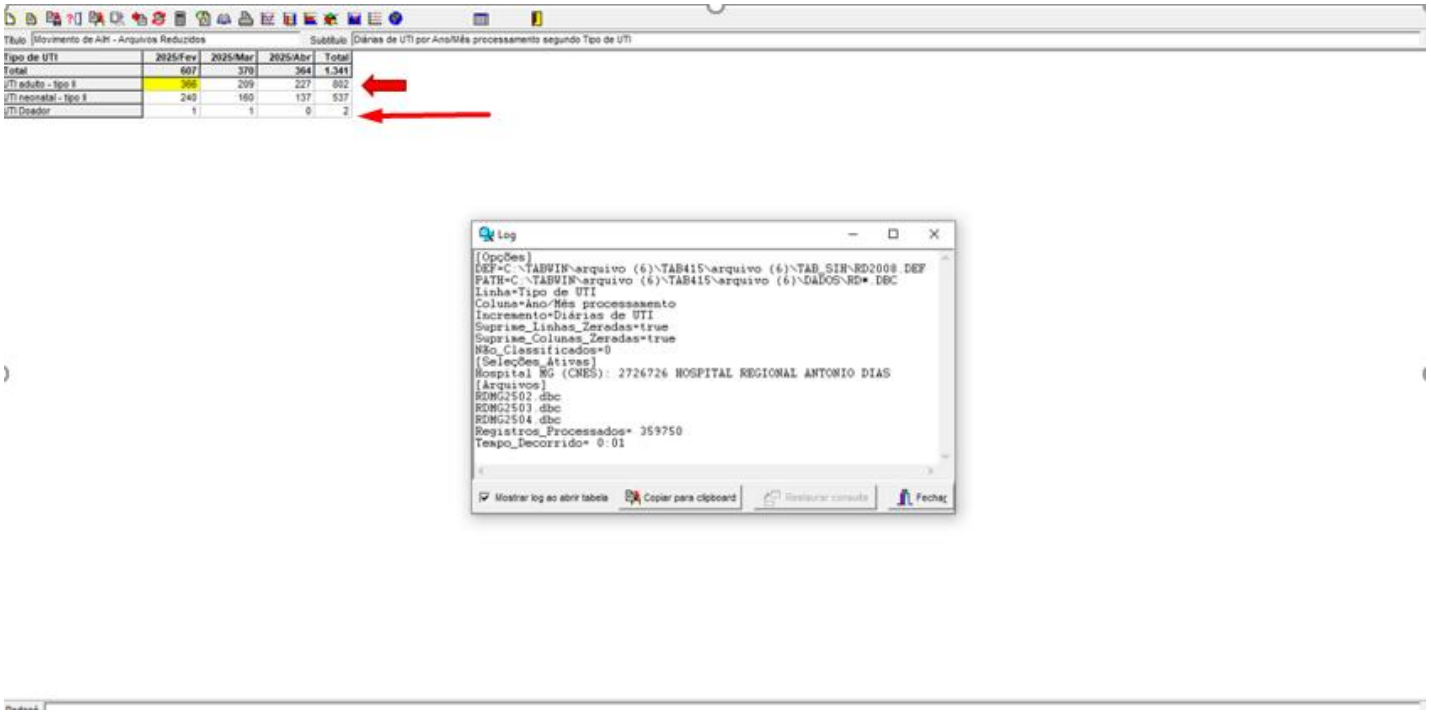


Observações:

- Em linhas, selecionar a opção: “Tipo de UTI”
- Em colunas: selecionar “Ano/ Mês de processamento”
- Para incremento a opção será : “Diárias de UTI”
- Marcar check box “Suprimir colunas zeradas”

Em seleções disponíveis:

- Após incluir a “Seleção Ativa”, deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:
  - Estabelecimentos CNES-MG: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS



e) Para apuração do referido indicador, deverá ser considerado o somatório dos campos “UTI adulto – tipo II” e do campo “UTI – Doador”.

1.5. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL

1.5.1 MATRIZ DO INDICADOR 1.1.6 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL

<table>
<tr><th>NOME DO INDICADOR</th><th>INDICADOR 1.1.6 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL</th></tr>
<tr><td>Descrição</td><td>Consiste na apuração da produção hospitalar (em diárias) realizada em dado período, em leitos de UTI Neonatal (recém-nascidos até 31 dias).
Observação: para esse indicador serão contabilizados somente os leitos de UTI Neonatal – tipo II, pois o HRAD está habilitado para essa categoria.</td></tr>
<tr><td>Fundamentação</td><td>Visa avaliar o grau de utilização dos leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo). Mede o perfil de utilização do leito considerando a otimização da capacidade instalada em 95%.
O leito hospitalar, sobretudo de cuidado intensivo, deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deve ser utilizado de forma ótima, a fim de aumentar o acesso e estar disponível para indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação de sua saúde.</td></tr>
<tr><td>Fórmula de cálculo do indicador</td><td>Somatório do número absoluto de diárias em leitos de UTI (leitos de terapia intensiva neonatal – UTI Neo - tipo II + leitos de cuidado intermediário neonatal – UCI Neo) realizadas no período.</td></tr>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Somatório do número absoluto de diárias em leitos de UTI (leitos de terapia intensiva neonatal – UTI Neo - tipo II + leitos de cuidado intermediário neonatal – UCI Neo) realizadas nos meses avaliados no período.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Número absoluto.</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Os indicadores da área temática 1 são avaliados em períodos diferentes dos demais, devido ao período de aproximadamente 2 meses para o processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada.</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>TABWIN/ DATASUS.</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td></td><td>MAR/26, ABR/26, MAI/26</td><td>MAI/26, JUN/26, JUL/26</td><td>OUT/26 (8ª avaliação)</td><td>9° PA</td><td>≥ 718</td></tr>
<tr><td></td><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>AGO/26, SET/26 OUT/26, NOV/26</td><td>JAN/ 27 (9ª avaliação)</td><td>10° PA</td><td>≥ 957</td></tr>
<tr><td></td><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>DEZ/26, JAN/27, FEV/27</td><td>ABR/27 (10ª avaliação)</td><td>11° PA</td><td>≥ 718</td></tr>
<tr><td></td><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>MAR/27, ABR/27, MAI/27</td><td>JUL/27 (11ª avaliação)</td><td>12° PA</td><td>≥ 718</td></tr>
<tr><td></td><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>JUN/27, JUL/27, AGO/27</td><td>OUT/27 (12ª avaliação)</td><td>13° PA</td><td>≥ 718</td></tr>
<tr><td></td><td>JUL/27, AGO/27, SET/27</td><td>SET/27, OUT/27, NOV/27</td><td>JAN/28 (13ª avaliação)</td><td>14° PA</td><td>≥ 718</td></tr>
<tr><td></td><td>OUT/27, NOV/27, DEZ/27</td><td>DEZ/27, JAN/28, FEV/28</td><td>ABR/28 (14ª avaliação)</td><td>15° PA</td><td>≥ 718</td></tr>
<tr><td></td><td>JAN/28, FEV/28, MAR/28</td><td>MAR/28, ABR/28, MAI/28</td><td>JUL/28 (15ª avaliação)</td><td>16° PA</td><td>≥ 718</td></tr>
<tr><td></td><td>ABR/28, MAI/28, JUN/28</td><td>JUN/28, JUL/28, AGO/28</td><td>OUT/28 (16ª avaliação)</td><td>17° PA</td><td>≥ 718</td></tr>
<tr><td></td><td>JUL/28, AGO/28, SET/28</td><td>SET/28, OUT/28, NOV/28</td><td>JAN/29 (17ª avaliação)</td><td>18° PA</td><td>≥ 718</td></tr>
<tr><td></td><td>OUT/28, NOV/28, DEZ/28</td><td>DEZ/28, JAN/29, FEV/29</td><td>ABR/29 (18ª avaliação)</td><td>19° PA</td><td>≥ 718</td></tr>
<tr><td></td><td>JAN/29, FEV/29, MAR/29</td><td>MAR/29, ABR/29, MAI/29</td><td>JUL/29 (19ª avaliação)</td><td>20° PA</td><td>≥ 718</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	ABR/29, MAI/29, JUN/29	JUN/29, JUL/29, AGO/29	OUT/29 (20ª avaliação)	21° PA	≥ 718
	JUL/29, AGO/29, SET/29	SET/29, OUT/29, NOV/29	JAN/30 (21ª avaliação)	22° PA	≥ 718
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	DEZ/29, JAN/30, FEV/30	ABR/30 (22ª avaliação)	23° PA	≥ 718
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	MAR/30, ABR/30, MAI/30	JUL/30 (23ª avaliação)	24° PA	≥ 718
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	JUN/30, JUL/30, AGO/30	OUT/30 (24ª avaliação)	25° PA	≥ 718
	JUL/30, AGO/30, SET/30	SET/30, OUT/30, NOV/30	JAN/31 (25ª avaliação)	26° PA	≥ 718
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	DEZ/30, JAN/31, FEV/31	ABR/31 (26ª avaliação)	27° PA	≥ 718
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	MAR/31, ABR/31, MAI/31	JUL/31 (27ª avaliação)	28° PA	≥ 718
	ABR/31, MAI/31	JUN/31, JUL/31	OUT/31 (28ª avaliação)		≥ 718

Linha de base atualizada

Período	DIÁRIAS DE UTI NEONATAL (média trimestral)
2022	704
2023	758
2024	684
2025	763

*Observação: ressalta-se que no PCEP formalizado com o município de Patos de Minas (vigência até 17/12/2025) o quantitativo pactuado de diárias de UTI engloba as diárias de acompanhantes, diferentemente do Contrato de Gestão, o qual engloba especificamente as diárias dos pacientes em terapia intensiva.

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

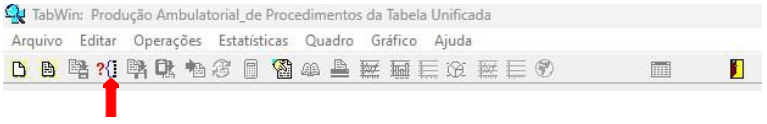
1. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): manual técnico operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

1.5.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.6 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL

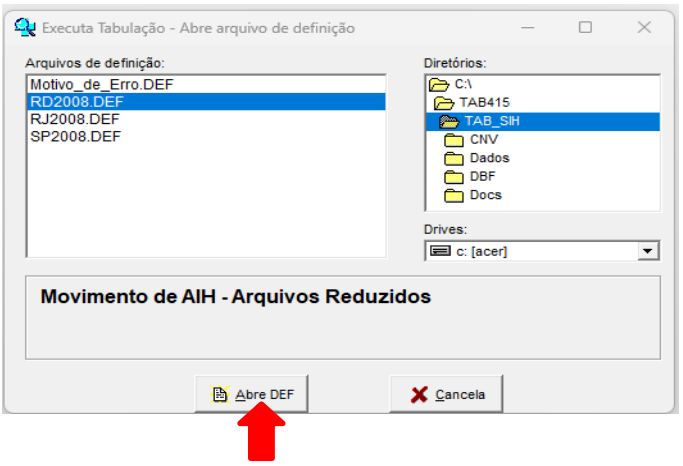
Após instalação do Sistema TABWIN, conforme documento ANEXO, seguir o passo a passo para apurar a produção ambulatorial e hospitalar no referido sistema:

a) Acessar o TABWIN 415

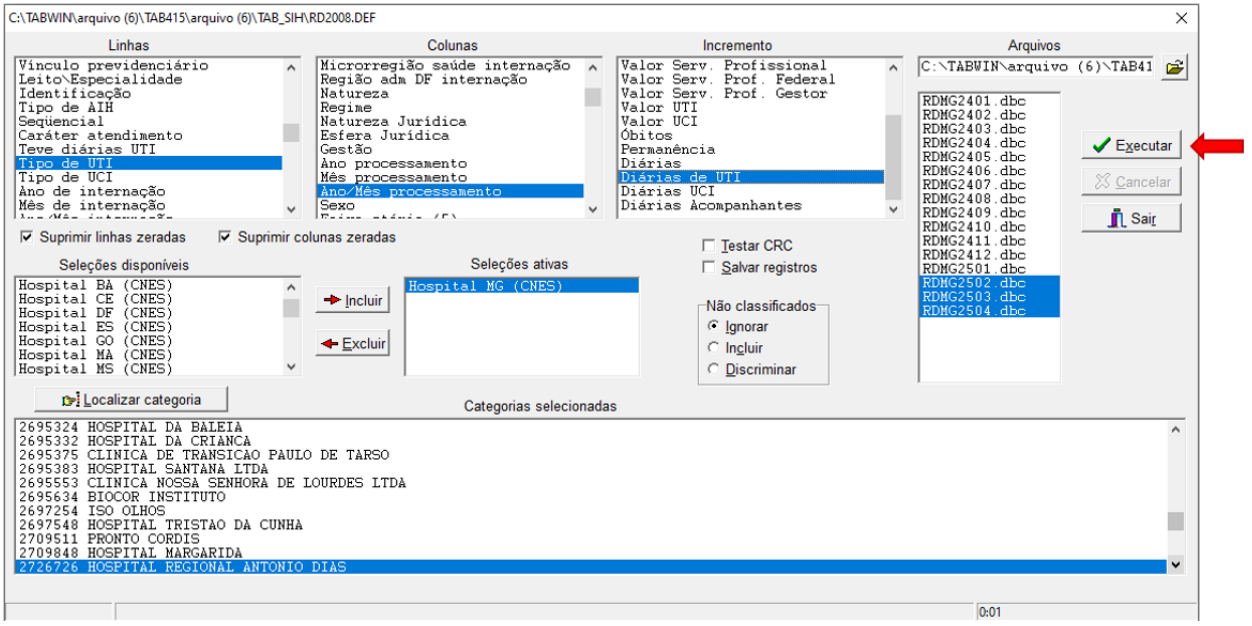
b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO 



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:



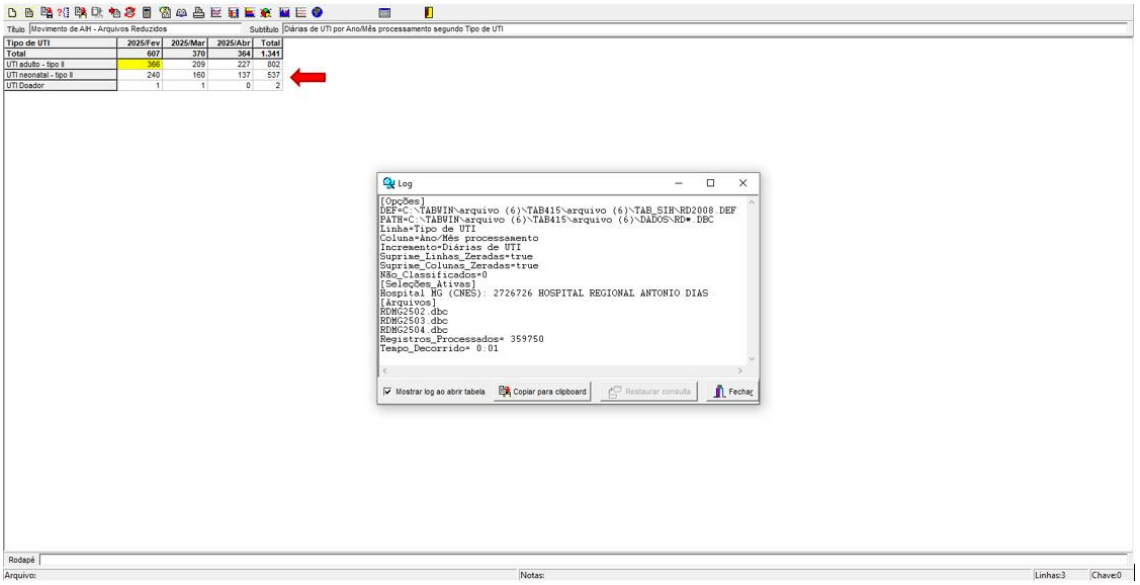
PARA LEITOS DE UTI NEO



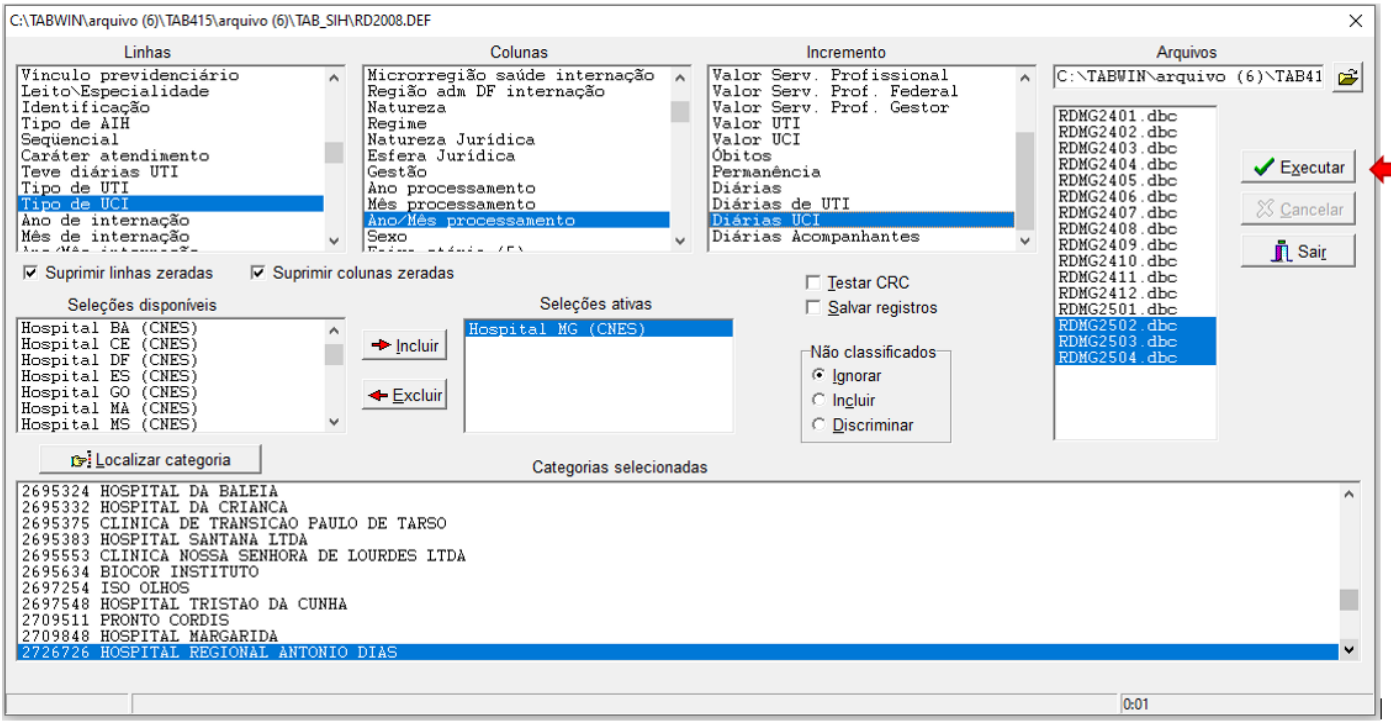
- Em linhas, selecionar a opção: “Tipo de UTI”
- Em colunas: selecionar “Ano/ Mês de processamento”
- Para incremento a opção será : “Diárias de UTI”
- Marcar check box “Suprimir colunas e linhas zeradas”

Em seleções disponíveis:

- Após incluir a “Seleção Ativa”, deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:
  - Estabelecimentos CNES-MG/LOCALIZAR CATEGORIA: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS



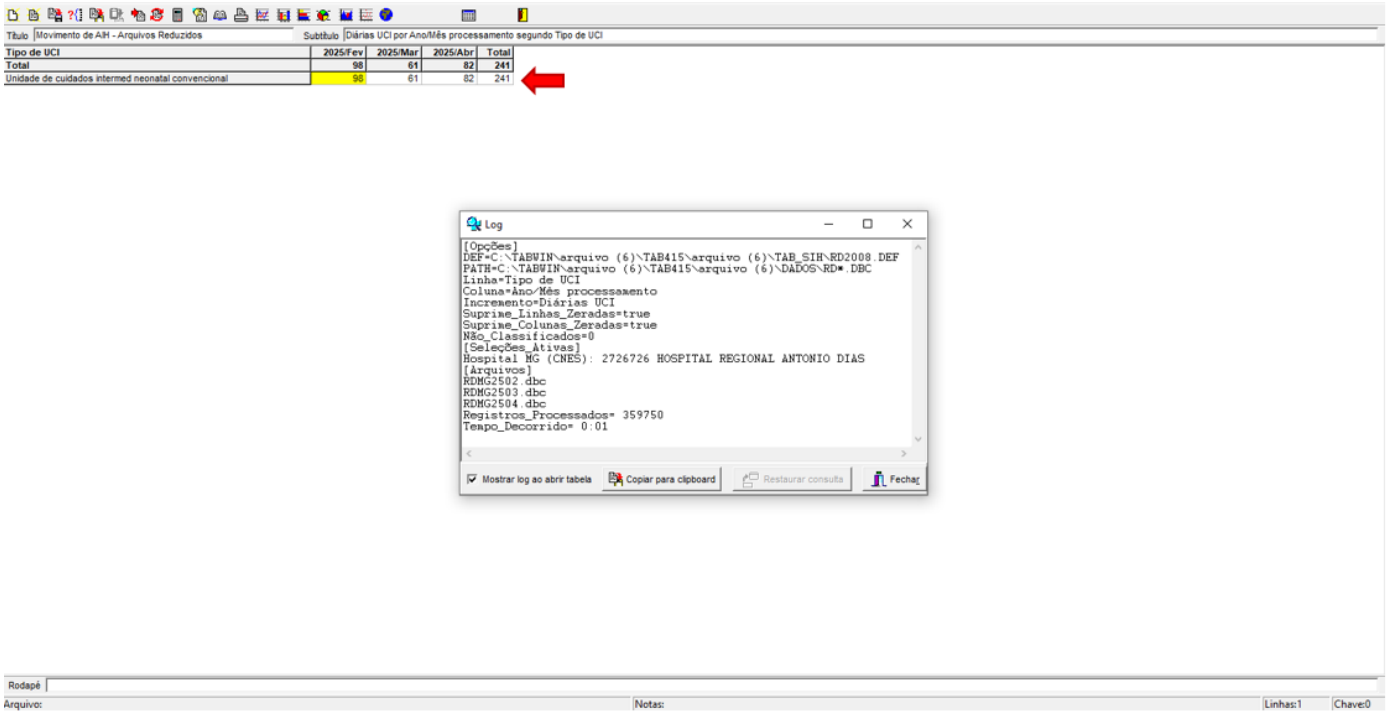
PARA LEITOS DE UCI NEO



- Em linhas, selecionar a opção: “Tipo de UCI”
- Em colunas: selecionar “Ano/ Mês de processamento”
- Para incremento a opção será : “Diárias de UCI”
- Marcar check box “Suprimir colunas e linhas zeradas”

Em seleções disponíveis:

- Após incluir a “Seleção Ativa”, deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:
  - Estabelecimentos CNES-MG/LOCALIZAR CATEGORIA: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS



Proceder com o somatório dos dois dados encontrados para apuração do Indicador.

1.6. PERCENTUAL DE APROVAÇÃO DE AIH COM BASE NAS ALTAS CODIFICADAS NO DRG

1.6.1 MATRIZ DO INDICADOR 1.2 – PERCENTUAL DE APROVAÇÃO DE AIH COM BASE NAS ALTAS CODIFICADAS NO DRG

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.2 – PERCENTUAL DE APROVAÇÃO DE AIH COM BASE NAS ALTAS CODIFICADAS NO DRG
Descrição	O indicador mede a proporção de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas em relação ao total de altas hospitalares codificadas segundo a metodologia de DRG Brasil. Avalia a conformidade entre a codificação clínica (CID, procedimentos e comorbidades) e o faturamento hospitalar apresentado ao SUS.
Fundamentação	A metodologia de Diagnosis Related Groups (DRG) permite agrupar pacientes com características clínicas e consumo de recursos semelhantes, sendo uma importante ferramenta para qualificação da informação assistencial e do faturamento. A consistência entre a codificação clínica realizada no DRG e a AIH submetida ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) é essencial para: • Garantir a fidedignidade dos dados assistenciais; • Reduzir glosas e inconsistências no faturamento; • Melhorar a sustentabilidade financeira da instituição; • Apoiar a gestão baseada em valor e desempenho. Esse indicador está alinhado às boas práticas de auditoria, qualidade da informação em saúde e governança clínica, sendo relevante em processos de acreditação, como os conduzidos pela Organização Nacional de Acreditação.
Fórmula de cálculo do indicador	% Aprovação de AIH = (Número de AIH aprovadas / Número total de AIH provenientes de altas codificadas por DRG) x 100. Onde: • Número de AIH aprovadas pelo gestor: referentes às altas hospitalares faturadas • Total de AIH: geradas a partir das altas hospitalares codificadas no DRG no mesmo período (excluídos os recém-nascidos codificados) .
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais do percentual de aprovação de AIH com base nas altas codificadas no DRG.
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado). Os indicadores da área temática 1 são avaliados em períodos diferentes dos demais, devido ao período de aproximadamente 2 meses para o processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada.
Fonte de Comprovação	TABWIN/ DATASUS/ DRG.
Polaridade	Maior Melhor.

<table>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="28"></td><td>MAR/26, ABR/26, MAI/26</td><td>MAI/26, JUN/26, JUL/26</td><td>OUT/26 (8ª avaliação)</td><td>9° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>AGO/26, SET/26 OUT/26, NOV/26</td><td>JAN/ 27 (9ª avaliação)</td><td>10° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>DEZ/26, JAN/27, FEV/27</td><td>ABR/27 (10ª avaliação)</td><td>11° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>MAR/27, ABR/27, MAI/27</td><td>JUL/27 (11ª avaliação)</td><td>12° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>JUN/27, JUL/27, AGO/27</td><td>OUT/27 (12ª avaliação)</td><td>13° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>JUL/27, AGO/27, SET/27</td><td>SET/27, OUT/27, NOV/27</td><td>JAN/28 (13ª avaliação)</td><td>14° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>OUT/27, NOV/27, DEZ/27</td><td>DEZ/27, JAN/28, FEV/28</td><td>ABR/28 (14ª avaliação)</td><td>15° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>JAN/28, FEV/28, MAR/28</td><td>MAR/28, ABR/28, MAI/28</td><td>JUL/28 (15ª avaliação)</td><td>16° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>ABR/28, MAI/28, JUN/28</td><td>JUN/28, JUL/28, AGO/28</td><td>OUT/28 (16ª avaliação)</td><td>17° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>JUL/28, AGO/28, SET/28</td><td>SET/28, OUT/28, NOV/28</td><td>JAN/29 (17ª avaliação)</td><td>18° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>OUT/28, NOV/28, DEZ/28</td><td>DEZ/28, JAN/29, FEV/29</td><td>ABR/29 (18ª avaliação)</td><td>19° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>JAN/29, FEV/29, MAR/29</td><td>MAR/29, ABR/29, MAI/29</td><td>JUL/29 (19ª avaliação)</td><td>20° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>ABR/29, MAI/29, JUN/29</td><td>JUN/29, JUL/29, AGO/29</td><td>OUT/29 (20ª avaliação)</td><td>21° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>JUL/29, AGO/29, SET/29</td><td>SET/29, OUT/29, NOV/29</td><td>JAN/30 (21ª avaliação)</td><td>22° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>OUT/29, NOV/29, DEZ/29</td><td>DEZ/29, JAN/30, FEV/30</td><td>ABR/30 (22ª avaliação)</td><td>23° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>JAN/30, FEV/30, MAR/30</td><td>MAR/30, ABR/30, MAI/30</td><td>JUL/30 (23ª avaliação)</td><td>24° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>ABR/30, MAI/30, JUN/30</td><td>JUN/30, JUL/30, AGO/30</td><td>OUT/30 (24ª avaliação)</td><td>25° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>JUL/30, AGO/30, SET/30</td><td>SET/30, OUT/30, NOV/30</td><td>JAN/31 (25ª avaliação)</td><td>26° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>OUT/30, NOV/30, DEZ/30</td><td>DEZ/30, JAN/31, FEV/31</td><td>ABR/31 (26ª avaliação)</td><td>27° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>JAN/31, FEV/31, MAR/31</td><td>MAR/31, ABR/31, MAI/31</td><td>JUL/31 (27ª avaliação)</td><td>28° PA</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>ABR/31, MAI/31</td><td>JUN/31, JUL/31</td><td>OUT/31 (28ª avaliação)</td><td></td><td>≥ 90%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>Não há consolidação desta linha de base até o momento por se tratar de novo indicador.</td></tr>
<tr><td>Referências para o cálculo das metas Pactuadas</td><td>1. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): manual técnico operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
2. DRG Brasil. Metodologia DRG Brasil e uso para gestão hospitalar. Disponível em: https://www.drgbrasil.com.br. Acesso em: 9 abr. 2026.</td></tr>
</table>

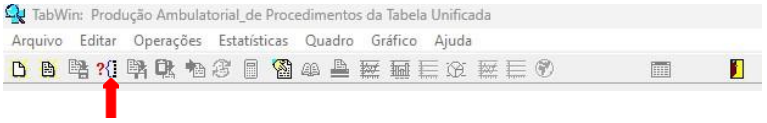
1.6.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.2 – PERCENTUAL DE APROVAÇÃO DE AIH COM BASE NAS ALTAS CODIFICADAS NO DRG

- **<u>Para cálculo do numerador do indicador (Nº de AIHs aprovadas)</u>:**

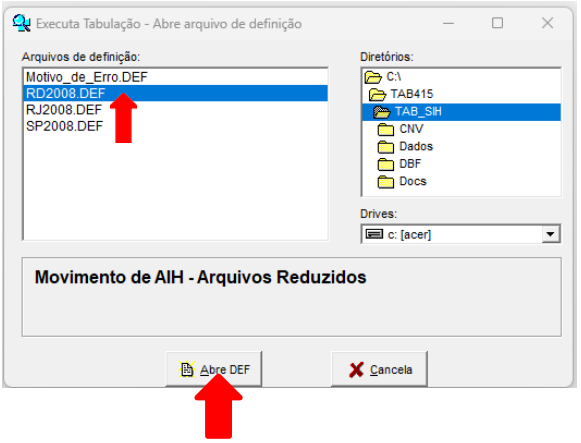
Após instalação do Sistema TABWIN, conforme documento ANEXO, seguir o passo a passo para apurar a produção ambulatorial e hospitalar no referido sistema:

a) Acessar o TABWIN 415

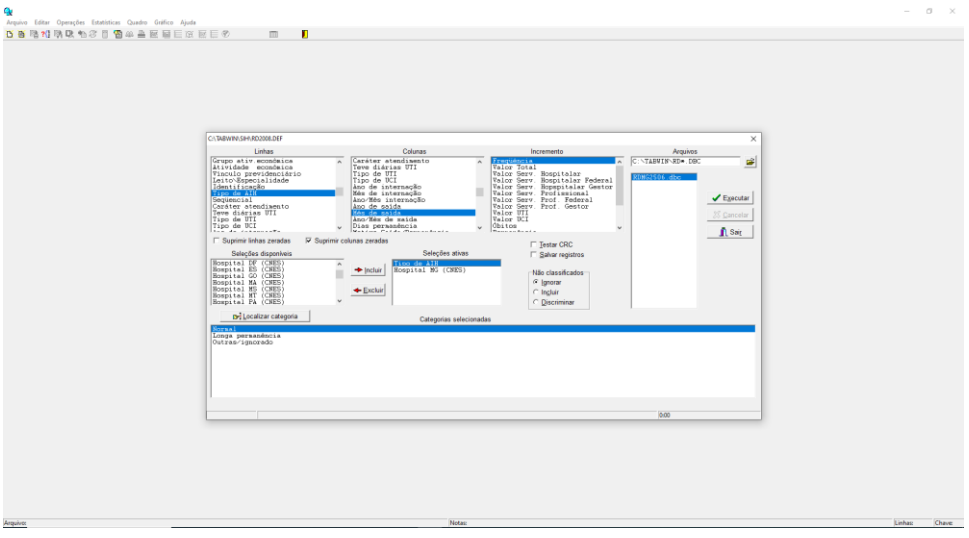
b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO 



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:



d) Na tela seguinte, clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:



Observações:

- Em linhas, selecionar a opção: “Tipo de AIH”
- Em colunas: selecionar “Mês de saída”
- Para incremento a opção será : “frequencia”
- Marcar check box “Suprimir colunas zeradas”

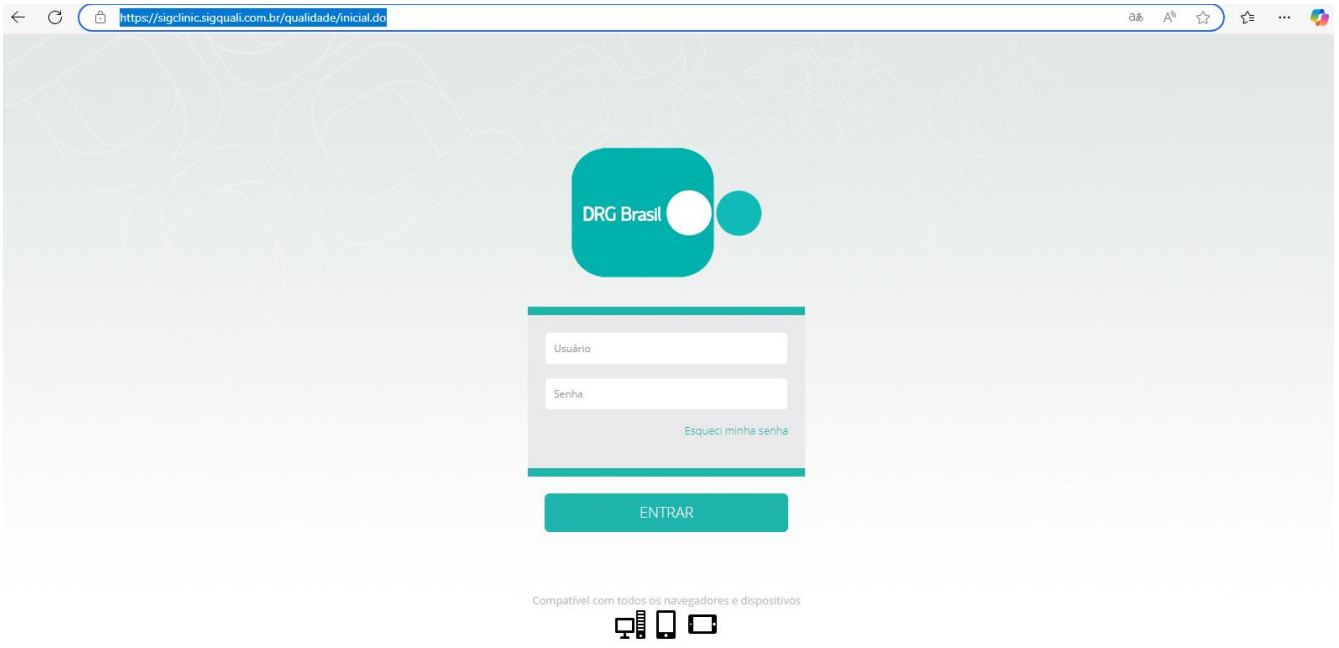
Em seleções disponíveis:

- Após incluir a “Seleção Ativa”, deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:
  - Estabelecimentos CNES-MG/LOCALIZAR CATEGORIA: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
  - Tipo de AIH: NORMAL

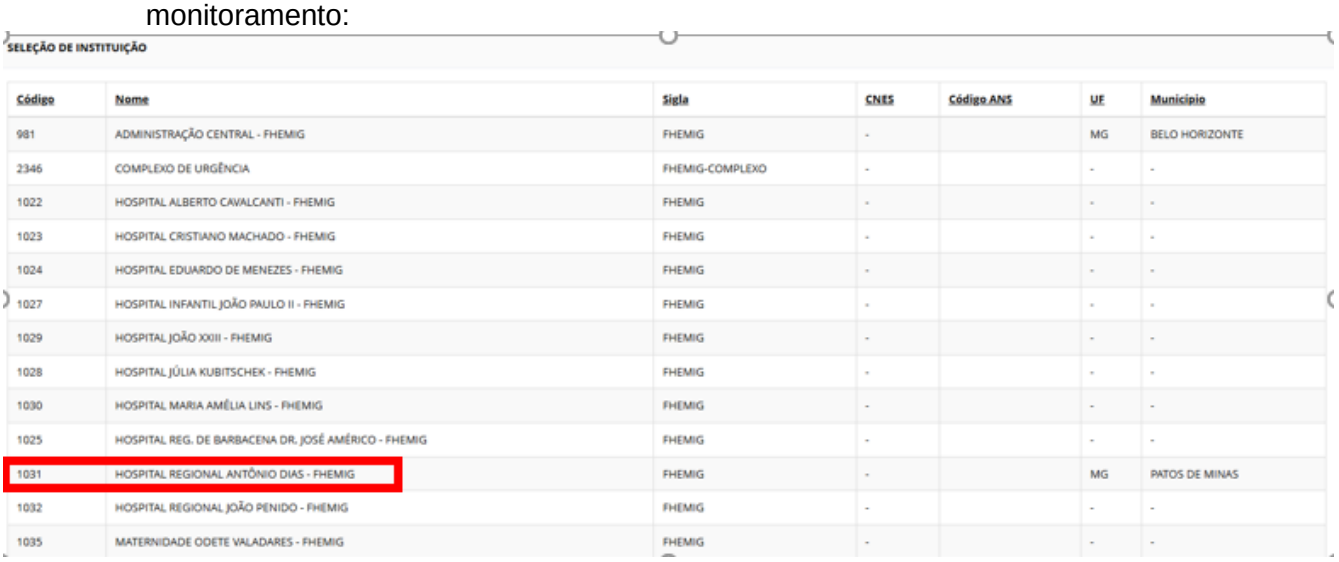
- **Para cálculo do denominador do indicador (total de altas codificadas no DRG):**

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG-BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

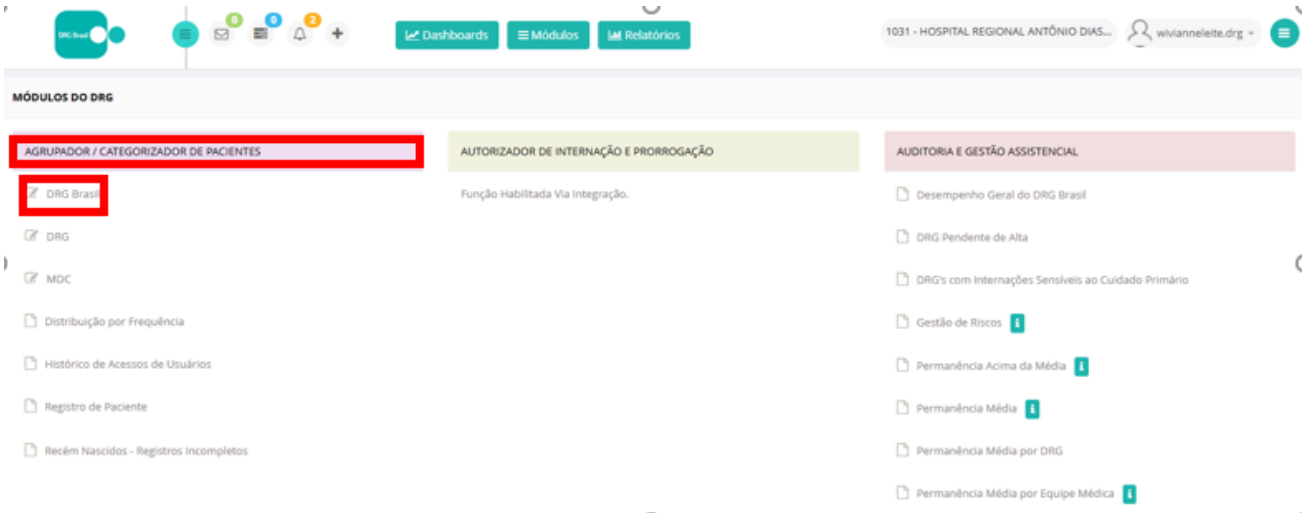
1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: DR Brasil



a) Selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG** se unidade; **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL FHEMIG,** se equipe de monitoramento:

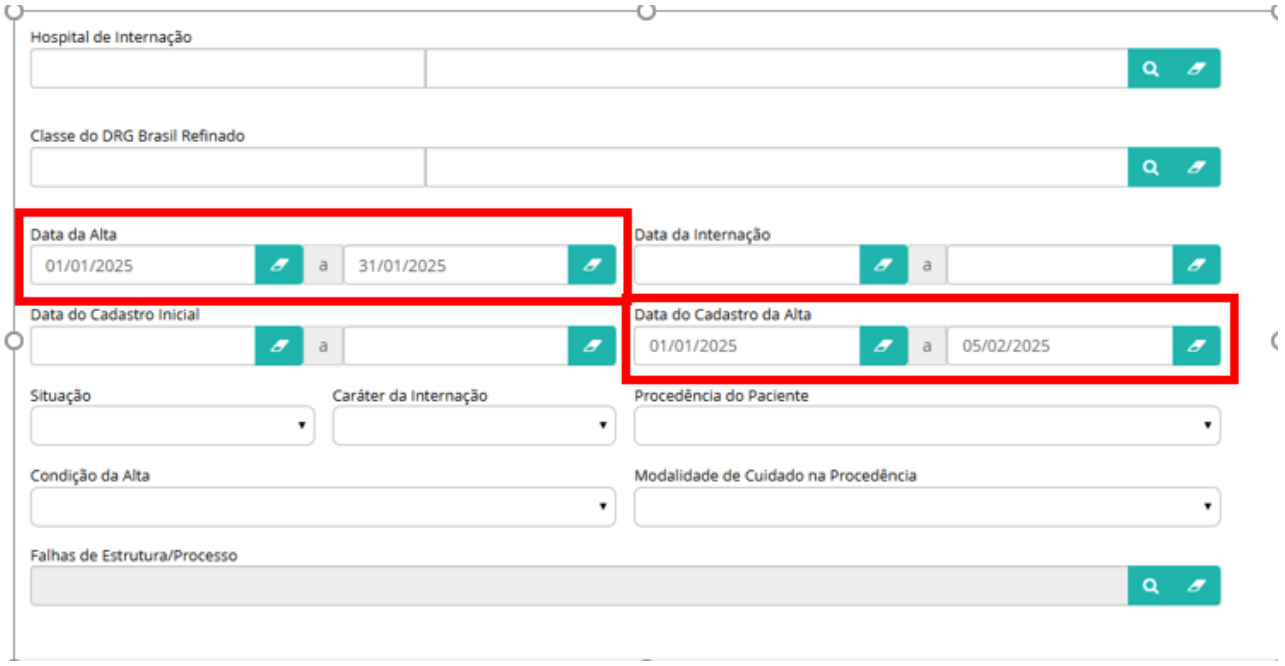


b) Selecionar a opção de módulos e na aba de **agrupador/ categorizador de pacientes** selecionar **DRG Brasil:**

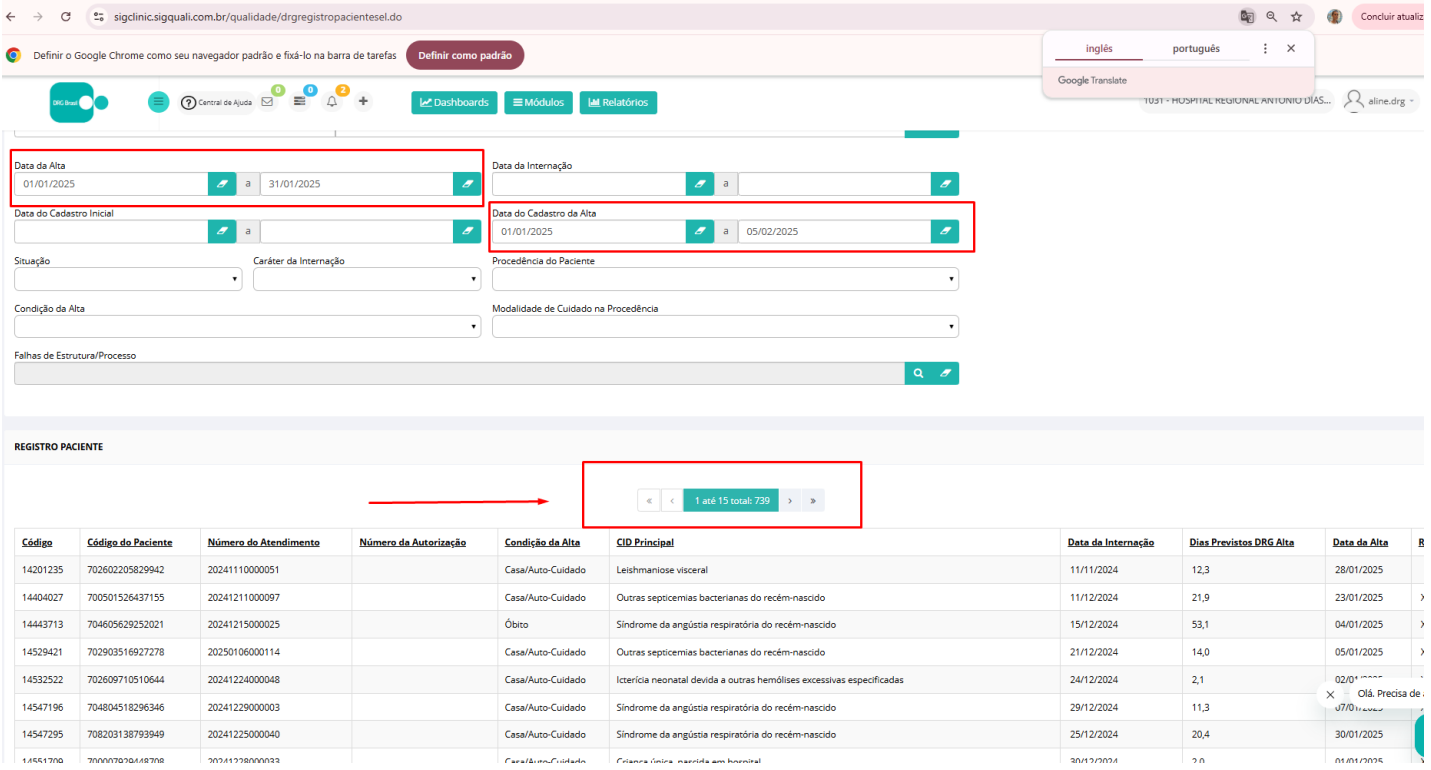


c) Na página seguinte fazer os seguintes filtros:

Data da alta: colocar o primeiro e último dia do mês de referência
Data do cadastro da alta: será o primeiro dia do mês de referência e a data final será o 3° dia útil do mês (o mesmo dia que estiver fazendo o levantamento dos dados).



c) Selecionar a opção pesquisar. A página seguinte emitirá o resultado das altas codificadas no HRAD no período escolhido:



Código	Código do Paciente	Número do Atendimento	Número da Autorização	Condição da Alta	CID Principal	Data da Internação	Dias Previstos DRG Alta	Data da Alta
14201235	702602205829942	20241110000051		Casa/Auto-Cuidado	Leishmaniose visceral	11/11/2024	12,3	28/01/2025
14404027	700501526437155	20241211000097		Casa/Auto-Cuidado	Outras septicemias bacterianas do recém-nascido	11/12/2024	21,9	23/01/2025
14443713	704605629252021	20241215000025		Óbito	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	15/12/2024	53,1	04/01/2025
14529421	702903516927278	20250106000114		Casa/Auto-Cuidado	Outras septicemias bacterianas do recém-nascido	21/12/2024	14,0	05/01/2025
14532522	702609710510644	20241224000048		Casa/Auto-Cuidado	Icterícia neonatal devida a outras hemólises excessivas especificadas	24/12/2024	2,1	02/01/2025
14547196	704804518296346	20241229000003		Casa/Auto-Cuidado	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	29/12/2024	11,3	07/01/2025
14547295	708203138793949	20241225000040		Casa/Auto-Cuidado	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	25/12/2024	20,4	30/01/2025

1.7. PERCENTUAL DE APROVAÇÃO DE AIH COM BASE NAS ALTAS CODIFICADAS NO DRG

1.7.1 MATRIZ DO INDICADOR 1.3 – PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.3 – PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA
Descrição	Consiste na apuração do número de contas glosadas nos sistemas de faturamento oficiais, exceto as com motivo "falta de contratualização" ou "habilitação", que foram sanadas e reapresentadas na competência subsequente à glosa, sobre o total de contas glosadas no período.
Fundamentação	As informações extraídas do DATASUS são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência. Espera-se com este indicador superar perdas de faturamento, implementar mecanismos para monitoramento e gestão de todas as AIHs rejeitadas, dando plena transparência à produção realizada e garantindo a máxima captação de recursos. O processo de correção das inconsistências de faturamento (glosas) induz, por si só, um processo de melhoria contínua, com a qualificação do registro das informações assistenciais, que culmina, também, na segurança do paciente e dos profissionais que realizam o atendimento.
Fórmula de cálculo do indicador	% Reapresetação de AIHs glosadas = (Total de registros de reapresentação até o fim do mês subsequente à glosa/ Total de AIHs rejeitadas na competência) x 100. * Glosas oriundas de ausência de habilitação e capacidade instalada não serão contabilizadas nesse indicador. * Situações de AIHs com mudança de números: para esses casos o indicador deverá ser apurado pelo monitoramento assistencial de maneira manual para não prejudicar o parceiro. O HRAD deverá comunicar casos de mudança de AIHs.
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais do Percentual de Reapresentações de AIHs no mês subsequente às glosas.
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado). Os indicadores da área temática 1 são avaliados em períodos diferentes dos demais, devido ao período de aproximadamente 2 meses para o processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada.
Fonte de Comprovação	TABWIN/ DATASUS.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	MAI/26, JUN/26, JUL/26	OUT/26 (8ª avaliação)	9° PA	100%
	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	AGO/26, SET/26 OUT/26, NOV/26	JAN/ 27 (9ª avaliação)	10° PA	100%
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	DEZ/26, JAN/27, FEV/27	ABR/27 (10ª avaliação)	11° PA	100%
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	MAR/27, ABR/27, MAI/27	JUL/27 (11ª avaliação)	12° PA	100%
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	JUN/27, JUL/27, AGO/27	OUT/27 (12ª avaliação)	13° PA	100%
	JUL/27, AGO/27, SET/27	SET/27, OUT/27, NOV/27	JAN/28 (13ª avaliação)	14° PA	100%
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	DEZ/27, JAN/28, FEV/28	ABR/28 (14ª avaliação)	15° PA	100%
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	MAR/28, ABR/28, MAI/28	JUL/28 (15ª avaliação)	16° PA	100%
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	JUN/28, JUL/28, AGO/28	OUT/28 (16ª avaliação)	17° PA	100%
	JUL/28, AGO/28, SET/28	SET/28, OUT/28, NOV/28	JAN/29 (17ª avaliação)	18° PA	100%
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	DEZ/28, JAN/29, FEV/29	ABR/29 (18ª avaliação)	19° PA	100%
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	MAR/29, ABR/29, MAI/29	JUL/29 (19ª avaliação)	20° PA	100%
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	JUN/29, JUL/29, AGO/29	OUT/29 (20ª avaliação)	21° PA	100%
	JUL/29, AGO/29, SET/29	SET/29, OUT/29, NOV/29	JAN/30 (21ª avaliação)	22° PA	100%
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	DEZ/29, JAN/30, FEV/30	ABR/30 (22ª avaliação)	23° PA	100%
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	MAR/30, ABR/30, MAI/30	JUL/30 (23ª avaliação)	24° PA	100%
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	JUN/30, JUL/30, AGO/30	OUT/30 (24ª avaliação)	25° PA	100%
	JUL/30, AGO/30, SET/30	SET/30, OUT/30, NOV/30	JAN/31 (25ª avaliação)	26° PA	100%
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	DEZ/30, JAN/31, FEV/31	ABR/31 (26ª avaliação)	27° PA	100%
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	MAR/31, ABR/31, MAI/31	JUL/31 (27ª avaliação)	28° PA	100%
	ABR/31, MAI/31	JUN/31, JUL/31	OUT/31 (28ª avaliação)		100%

Linha de base atualizada

Período	% de reapresentações de glosas (média mensal)
2022	100%
2023	89%
2024	98%
2025	85%

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

Meta definida diante da obrigatoriedade inegociável de reapresentação das AIHs glosadas junto ao Ministério da Saúde.

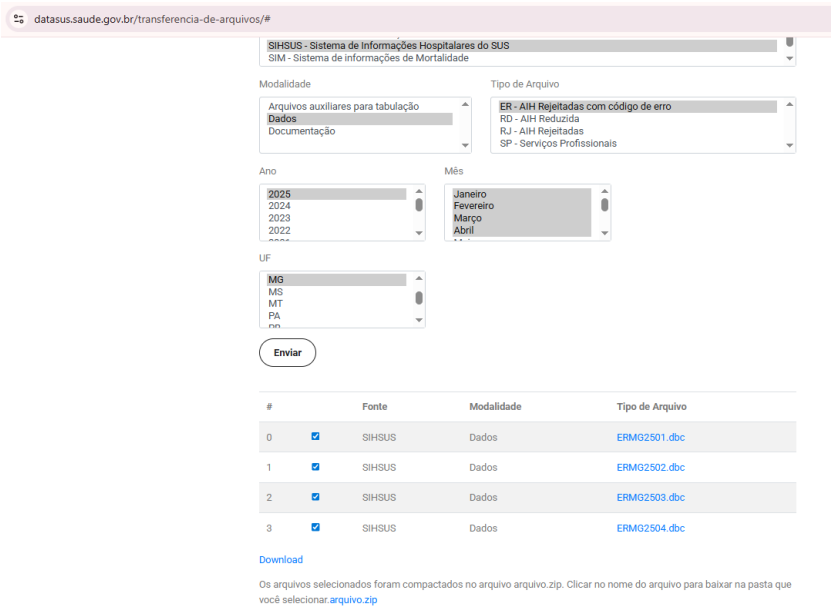
1.7.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.3 – PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA

PASSO 1: Extração das AIHs rejeitadas com motivo de erro (SIH-ER) no site do DATASUS: (https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/#)

1. Selecionar itens cconforme imagem abaixo (mês de exemplo: jan/2025) e clicar em enviar.
2.



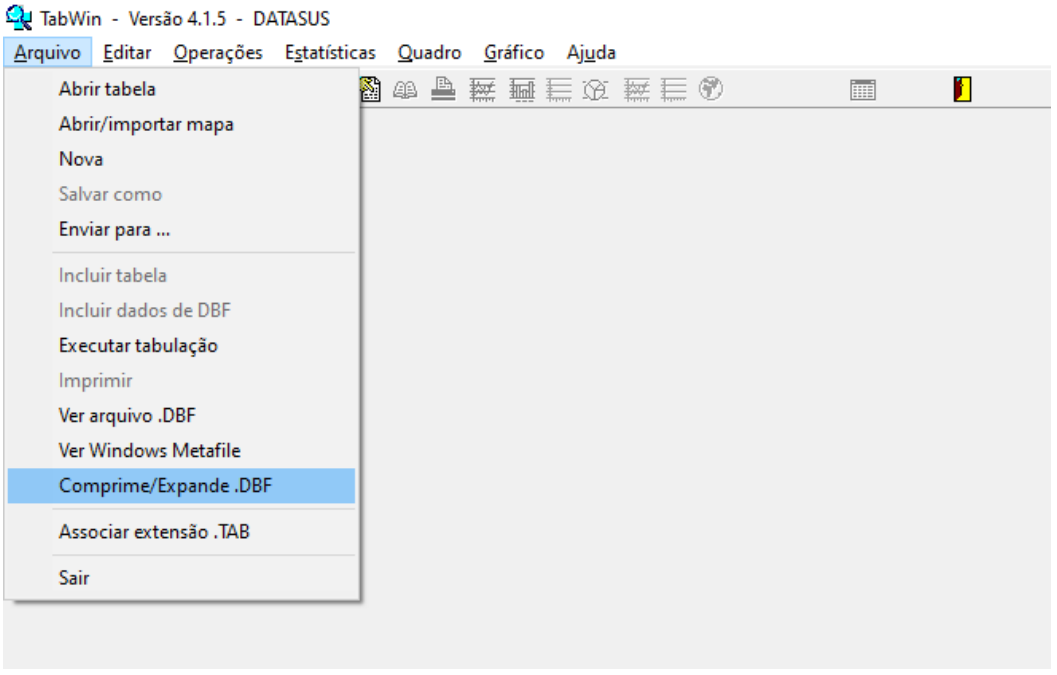
3. Baixar a pasta zipada com o(s) arquivo(s) .dbc, conforme abaixo:



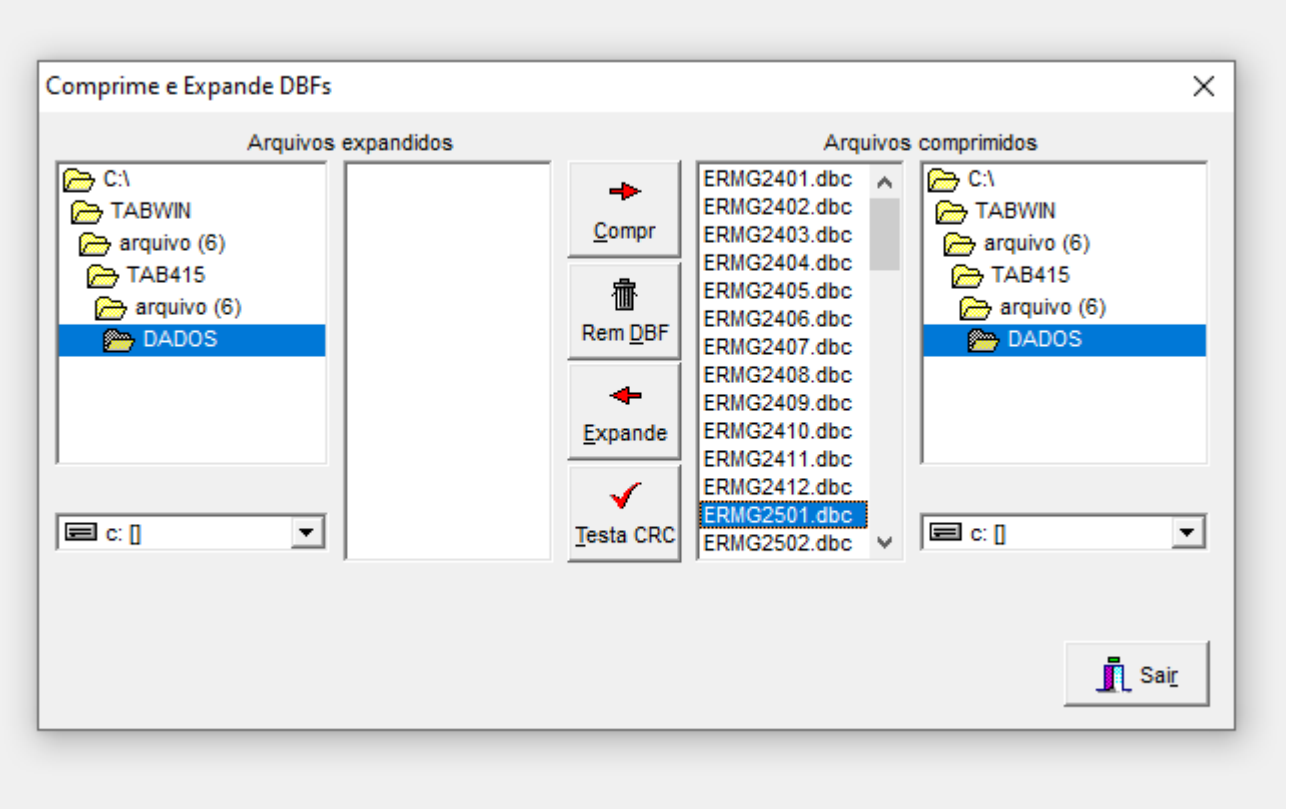
Obs.: lembre-se de extrair os arquivos da pasta zipada para uma pasta do seu computador.

PASSO 2: Conversão do(s) arquivo(s) .dbc para .dbf (TABWIN)

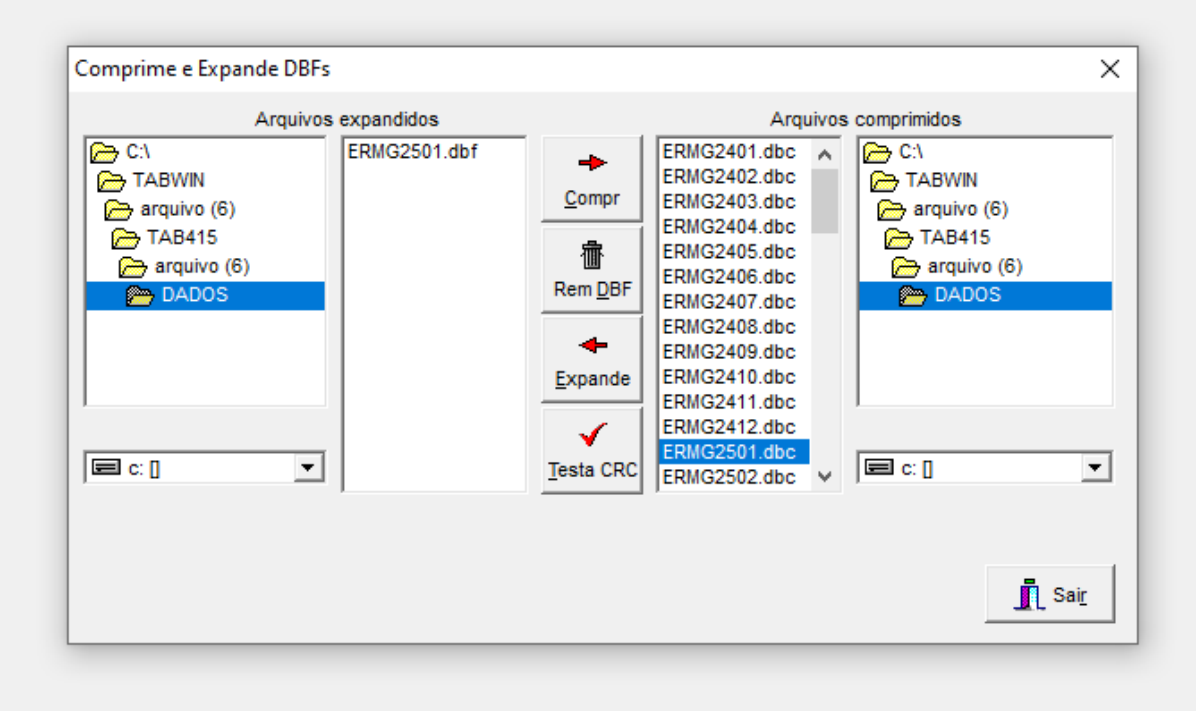
1. Abrir o TABWIN, clicar em Arquivos, clicar em comprimir /expandir. DBF



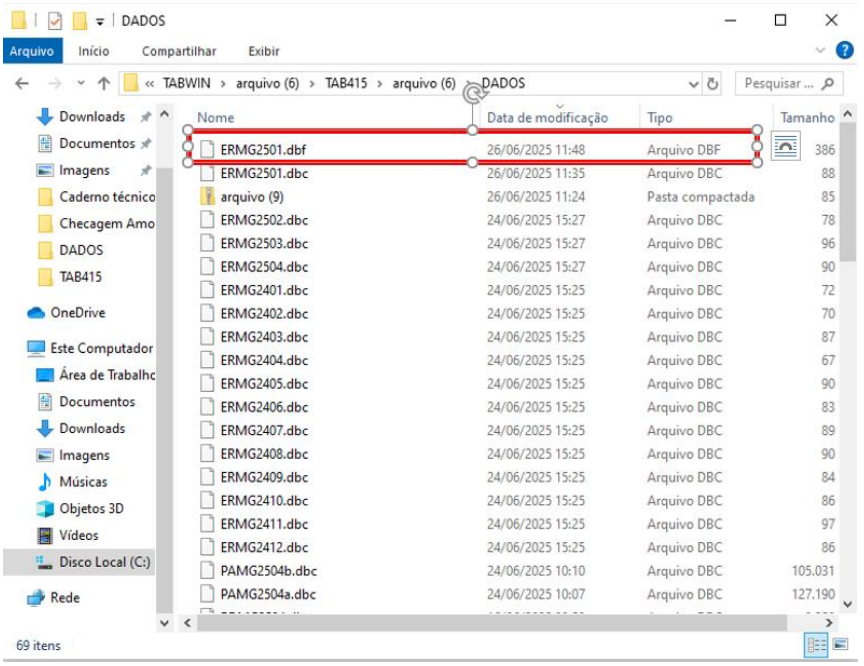
2. Em **Arquivos Comprimidos**, escolher pasta com os arquivos .dbc baixados:



3. Selecionar o(s) arquivo(s) .dbc desejados (ex.: ERMG2501) e clicar em **Expande**

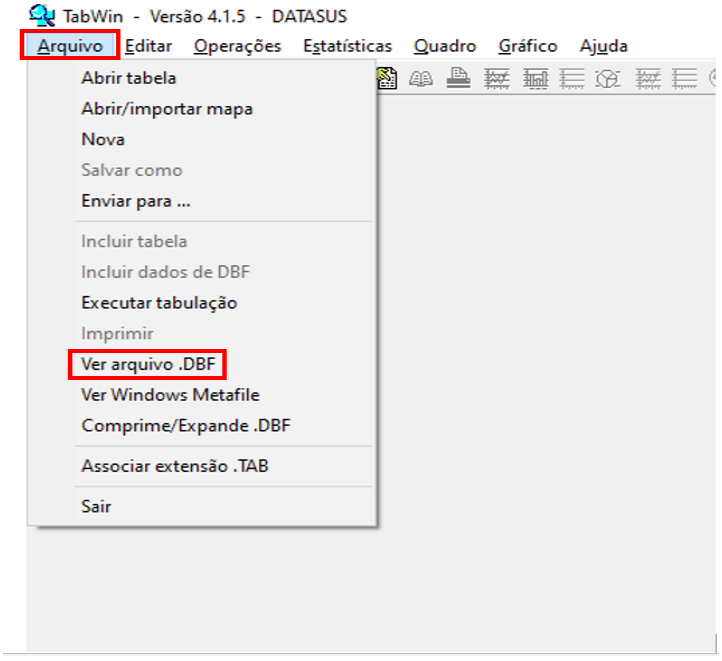


4. Novo(s) arquivo(s) .dbf serão salvos na pasta selecionada à esquerda (Arquivos expandidos). Conferir a pasta:

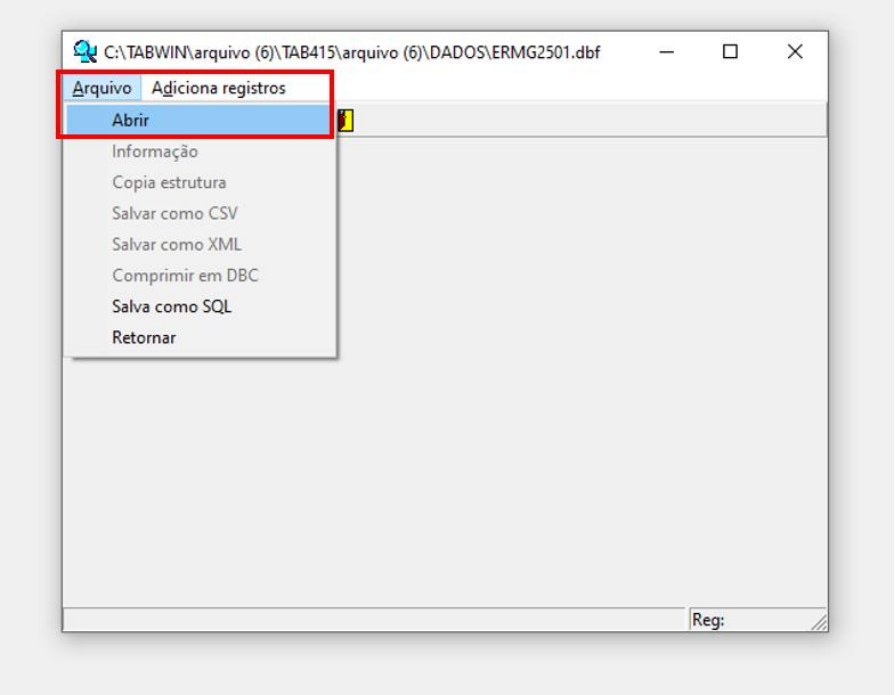


Passo 3: Visualização das AIHs rejeitadas com o código do erro - arquivo .dbf (TABWIN)

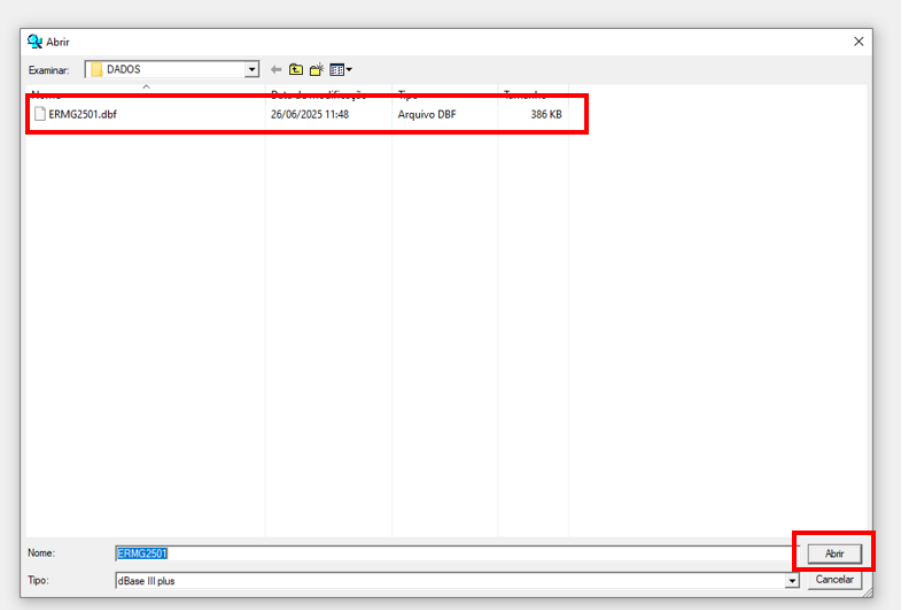
1. Abrir o TABWIN, clicar em “Arquivo”, depois clicar em “Ver arquivo” .dbf



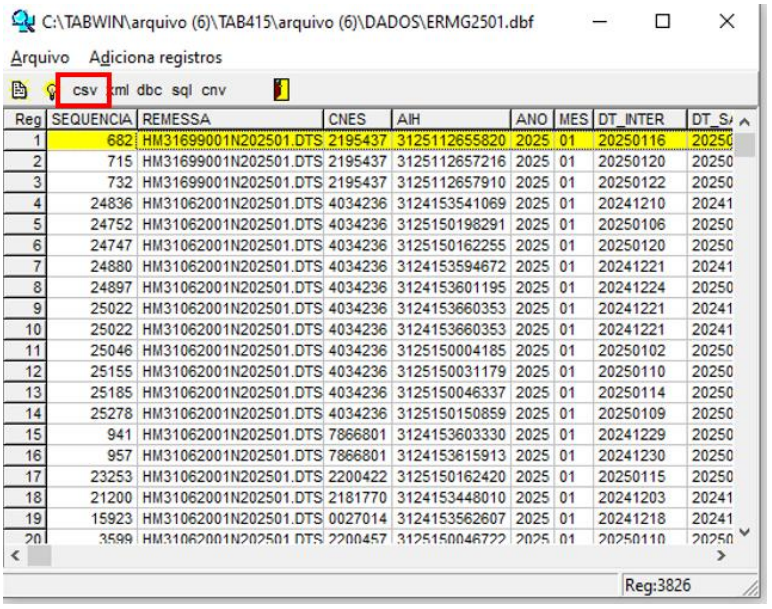
2. Na nova janela, clicar em “Arquivo” e em “Abrir”



3. Selecione o arquivo .dbf desejado e clicar em “abrir”: Localize o arquivo .dbf na pasta em que ele foi expandido.

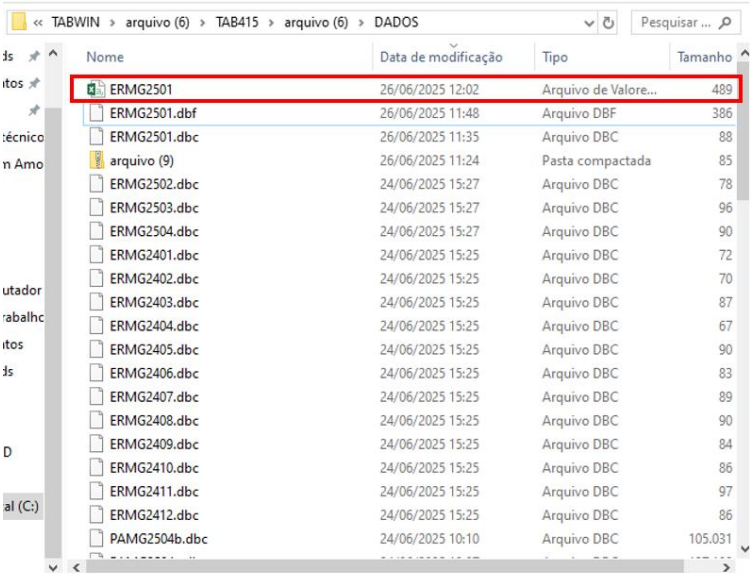


4. Extrair tabela em csv para abrir com o Excel:

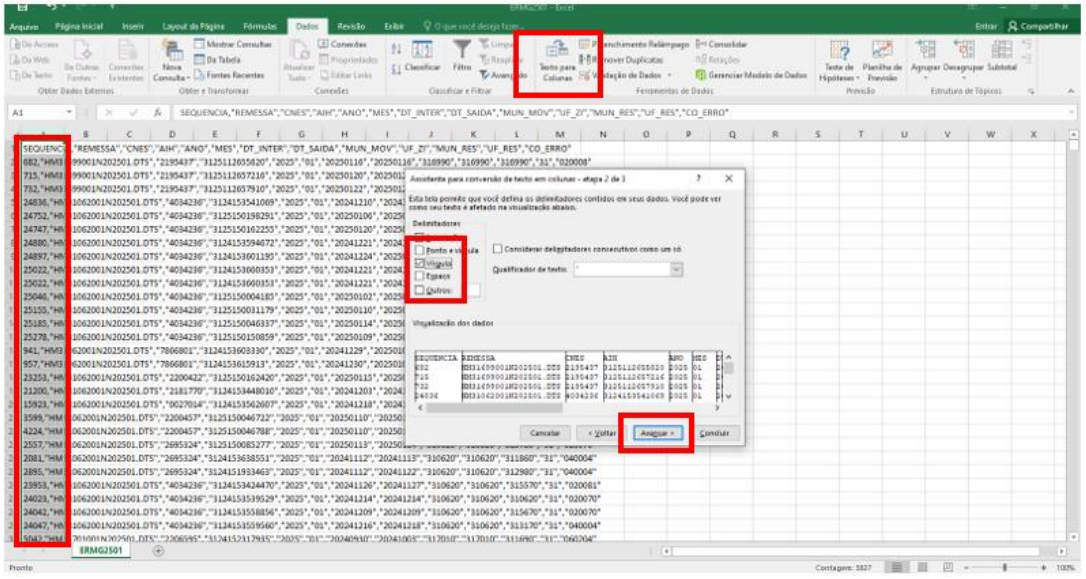


Reg	SEQUENCIA	REMESSA	CNES	AIH	ANO	MES	DT_INTER	DT_S
1	682	HM31699001N202501.DTS	2195437	3125112655820	2025	01	20250116	20250
2	715	HM31699001N202501.DTS	2195437	3125112657216	2025	01	20250120	20250
3	732	HM31699001N202501.DTS	2195437	3125112657910	2025	01	20250122	20250
4	24836	HM31062001N202501.DTS	4034236	3124153541069	2025	01	20241210	20241
5	24752	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150198291	2025	01	20250106	20250
6	24747	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150162255	2025	01	20250120	20250
7	24880	HM31062001N202501.DTS	4034236	3124153594672	2025	01	20241221	20241
8	24897	HM31062001N202501.DTS	4034236	3124153601195	2025	01	20241224	20250
9	25022	HM31062001N202501.DTS	4034236	3124153660353	2025	01	20241221	20241
10	25022	HM31062001N202501.DTS	4034236	3124153660353	2025	01	20241221	20241
11	25046	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150004185	2025	01	20250102	20250
12	25155	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150031179	2025	01	20250110	20250
13	25185	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150046337	2025	01	20250114	20250
14	25278	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150150859	2025	01	20250109	20250
15	941	HM31062001N202501.DTS	7866801	3124153603330	2025	01	20241229	20250
16	957	HM31062001N202501.DTS	7866801	3124153615913	2025	01	20241230	20250
17	23253	HM31062001N202501.DTS	2200422	3125150162420	2025	01	20250115	20250
18	21200	HM31062001N202501.DTS	2181770	3124153448010	2025	01	20241203	20241
19	15923	HM31062001N202501.DTS	0027014	3124153562607	2025	01	20241218	20241
20	3599	HM31062001N202501.DTS	2200457	3125150046722	2025	01	20250110	20250

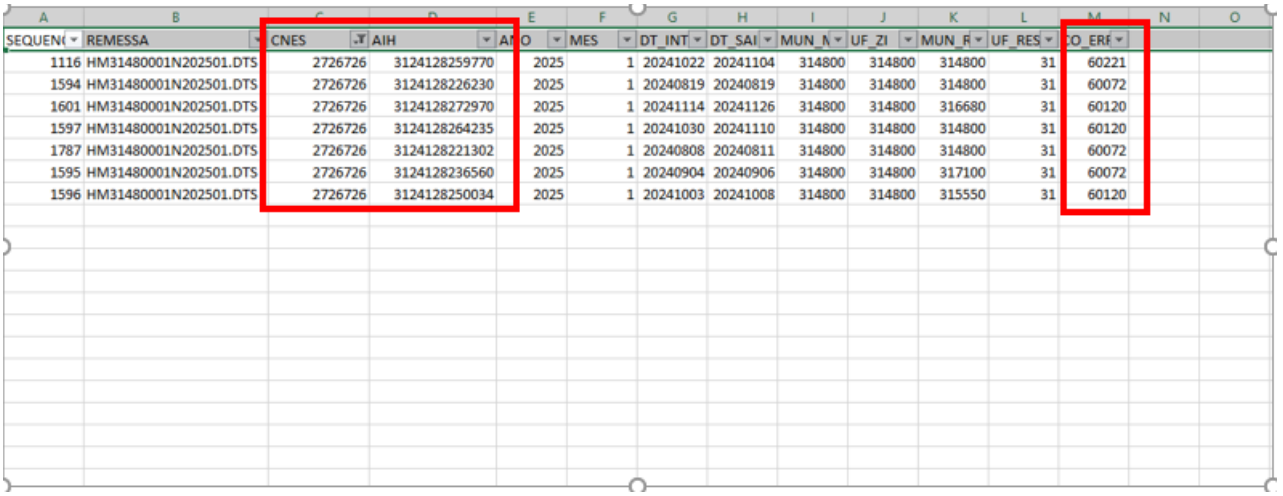
5. O arquivo csv irá salvar na mesma pasta do arquivo expandido



6. Abra o arquivo em Excel e faça a seguinte formatação: selecionar a 1ª coluna, vá até aba dados e localize o botão que possui a função “texto para coluna”, avançar e selecione “vírgula”, depois “avançar”.



7. Selecione os filtros necessários: CNES (26726 - Hospital Regional Antonio Dias). As colunas necessárias serão as que contêm o número do CNES, AIH e COD Erro:



SEQUEN	REMESSA	CNES	AIH	ANO	MES	DT_INT	DT_SAI	MUN_N	UF_ZI	MUN_R	UF_RES	CO_ERR
1116	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128259770	2025	1	20241022	20241104	314800	314800	314800	31	60221
1594	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128226230	2025	1	20240819	20240819	314800	314800	314800	31	60072
1601	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128272970	2025	1	20241114	20241126	314800	314800	316680	31	60120
1597	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128264235	2025	1	20241030	20241110	314800	314800	314800	31	60120
1787	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128221302	2025	1	20240808	20240811	314800	314800	314800	31	60072
1595	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128236560	2025	1	20240904	20240906	314800	314800	317100	31	60072
1596	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128250034	2025	1	20241003	20241008	314800	314800	315550	31	60120

Passo 4: Filtrar e listar AIHs rejeitadas no mês.

Excluir os CO_ERRO que representam glosas oriundas de ausência de habilitação e capacidade instalada:

'000057', '000073', '020057', '020073', '030057', '030073', '050008', '050098', '050156', '050166', '050198', '060020', '060021', '060022', '060023', '060024', '060025', '060026', '060027', '060028', '060029', '060030', '060031', '060032', '060033', '060034', '060035', '060036', '060037', '060038', '060040', '060072', '060079', '060082', '060083', '060084', '060088', '060120', '060136', '060137', '060145', '060149', '060150', '060168', '060169', '060180', '060182', '060185', '060186', '060187', '060188', '060189', '060210', '060214', '060215', '060217', '060221'.

1. Com a lista filtrada, verificar se cada uma daquelas AIHs aparece novamente no arquivo SIH-ER (AIHs rejeitadas) ou no arquivo SIH-RD (AIHs aprovadas) do mês seguinte (ex.: fev/2025). Basta seguir a mesma metodologia, modificando somente a seleção da exportação do site do DATASUS.

2. As AIHs que não aparecerem em nenhum dos dois arquivos não foram reapresentadas.

Sugestão: Para comparar as AIHs do mês anterior com o mês subsequente, sugere-se utilizar a função procv. Essa função permite verificar quais AIHs estarão presentes na planilha a ser consultada.

Trata-se de evolução técnica para o processo de monitoramento, tornando-o automatizado, para que se tenha os resultados mais tempestivos e com maior transparência, mediante uso do painel pelo Power BI.

2. ÁREA TEMÁTICA 02 PROCESSOS E QUALIDADE

Os indicadores referentes aos Processos e Qualidade têm a importância de mensurar a qualidade das atividades das unidades. Por meio desses indicadores, será possível visualizar pontos de atenção nos processos da unidade que exijam correções e melhorias. Tendo em vista a busca constante por oferecer serviço de saúde pública cada vez melhor para a sociedade, a gestão da qualidade e dos processos torna-se fundamental, pois através do monitoramento, revisão e melhoria dos processos é possível garantir um serviço cada vez mais qualificado.

2.1. CUMPRIMENTO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

2.1.1 MATRIZ DO INDICADOR 2.1 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 2.1 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
Descrição	Esse indicador permite avaliar o grau de satisfação do usuário em relação ao serviço de saúde prestado na unidade, através da metodologia Net Promoter Score (NPS), com aplicação do formulário de avaliação de satisfação da FHEMIG. Essa metodologia proporciona coleta de dados e análises objetivas sobre a satisfação dos pacientes, além de identificar as áreas em que a instituição de saúde pode melhorar. A pesquisa deverá ser realizada preferencialmente por meio digital; na falta dos equipamentos necessários poderá ser usado o impresso próprio já disponibilizado pela FHEMIG. A unidade deverá informar uma previsão para a aquisição dos tablets e/ou totens. Cabe ressaltar que a aplicação do formulário para coleta de dados sobre a satisfação do usuário deverá ser realizada somente no momento da alta hospitalar. Não será permitida a disponibilização de impressos dos referidos formulários nos corredores, para serem preenchidos por demanda, em situações de reclamações, ou outros fluxos. Cálculo de Amostragem: A amostra de respondentes deverá ser calculada no início de cada período avaliatório, a partir da média mensal do trimestre que antecede a avaliação. Para o cálculo amostral, por Unidade de Atendimento (internação, ambulatório e pronto atendimento) deverá ser utilizada a seguinte fórmula: Tamanho da amostra = 384,16 1+(0,9604)/(0,025N) *N= usuários atendidos na Unidade. A fórmula disposta acima representa uma amostragem com 95% de confiança e 0,05% de margem de erro.
Fundamentação	O objetivo desse indicador de Pesquisa de Satisfação é priorizar e considerar a perspectiva do usuário quanto à qualidade do serviço ofertado. A Pesquisa de Satisfação capta a voz do usuário, através da avaliação da performance da OSS sob o ponto de vista dos usuários do SUS. Isto se justifica porque o usuário é o destinatário final dos serviços que serão gerenciados e operacionalizados pela OSS. Com um processo sistemático de

	avaliação da satisfação do usuário é possível obter informações mais próximas da realidade, para promover a qualidade e eficiência do serviço. A mensuração da satisfação do usuário já é uma prática sistematizada em estabelecimentos de saúde e em toda Rede Fhemig. Espera-se, por meio desse indicador, garantir níveis de excelência, impulsionando o aprimoramento dos resultados.
Fórmula de cálculo do indicador	∑Número de promotores - Número de detratores / Número total de respondentes no período Numerador (número de promotores): Aqueles que classificam o serviço com uma nota de 9 a 10 no período, estão contentes com o atendimento. (número de detratores): aqueles que classificam o serviço com uma nota de 0 a 6 no período, estão descontentes com o atendimento. Denominador (número total de respondentes): número total de pessoas que responderam o formulário no período. Resultado mensal = $\frac{(NPS\text{-}A + NPS\text{-}P + NPS\text{-}I) \times 100}{3}$ Sendo: NPS-A = (Número de promotores – Número de Detratores) X100 (Número de respondentes do Ambulatório) NPS-P = (Número de promotores – Número de Detratores) X100 (Número de respondentes do Pronto Atendimento) NPS-I = (Número de promotores – Número de Detratores) X100 (Número de respondentes da Internação)
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais da Satisfação do Usuário.
Unidade de medida	Número absoluto.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Formulários de pesquisa impressos e/ou digitais. Relatórios de consolidação dos dados.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	≥ 80
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	≥ 80
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	≥ 80
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	≥ 80
	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	≥ 80
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	≥ 80
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	≥ 80
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	≥ 80
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	≥ 80
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	≥ 80
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	≥ 80
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	≥ 80
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	≥ 80
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	≥ 80
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	≥ 80
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	≥ 80
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	≥ 80
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≥ 80
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≥ 80
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≥ 80

Linha de base atualizada

ANO	SATISFAÇÃO DO USUÁRIO (média mensal)
2024	Mudança de metodologia com implantação em dezembro, para calcular meta
2025	87,88

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

A meta para este indicador tem como base o Pacto de Gestão.

2.1.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.1 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Para mensuração deste indicador, deverá ser realizada pesquisa de satisfação no momento da alta do usuário, conforme cálculo de amostragem, preferencialmente por meio digital (por meio de tablets e/ou totens), adotando os critérios da metodologia **Net Promoter Score (NPS),** sendo apresentada a seguinte pergunta:

Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar nossa unidade de saúde para um familiar ou amigo?

As possibilidades de respostas devem ser apresentadas em uma escala tipo Likert de 10 pontos, tendo os seguintes valores:

- ✓ O usuário atribui uma nota de 0 a 10.
- ✓ As respostas são segmentadas em três grupos:
  - **Respostas de 0 a 6 – Detratores**: Usuários insatisfeitos
  - **Respostas de 7 a 8 – Neutros**: Usuários indiferentes
  - **Respostas de 9 a 10 – Promotores**: Usuários satisfeitos

Como é calculado o NPS:

O percentual de clientes neutros deverá ser desconsiderado e subtraído o percentual de detratores do percentual de promotores, usando a seguinte fórmula:

$$\text{Resultado mensal NPS} = \frac{(\text{Número de promotores} - \text{Número de Detratores})}{(\text{Número de respondentes})} X100$$

O resultado é um número que varia de -100 a 100 que é o Net Promoter Score.

A meta de NPS é alcançar níveis de excelência. Ou seja, conquistar, cada vez mais, promotores para o seu serviço.

Cálculo de Amostragem:

A amostra de respondentes deverá ser calculada no início de cada período avaliatório, a partir da média mensal do trimestre que antecede a avaliação. Para o cálculo amostral, deverá ser utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{384{,}16}{1 + (0{,}9604)/(0{,}025 \text{x} N)}$$

*N= usuários atendidos na Unidade.

A fórmula disposta acima representa uma amostragem com 95% de confiança e 0,05 % de margem de erro.

O quantitativo obtido acima deverá ser distribuído proporcionalmente conforme o número de atendimentos realizados nos seguintes setores: Pronto Atendimento, Ambulatório, Unidade de Internação, Laboratório, Radiologia, UTI Adulto, UTI Neonatal e Maternidade.

2.2 CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS

2.2.1 MATRIZ DO INDICADOR 2.2 – PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 2.2 – PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS
Descrição	Consiste em mensurar o percentual de respostas dadas de maneira conclusiva às demandas do ouvidor SUS descentralizada, em linguagem clara, em até 10 dias corridos. Para fins de fechamento do período avaliatório, para este indicador, não serão consideradas as demandas obtidas nos 10 últimos dias corridos do período avaliatório, visto que as mesmas continuam no prazo de resposta. Assim, os dados desses últimos dias serão contabilizados no período avaliatório seguinte e assim sucessivamente.
Fundamentação	Ouvidorias são unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS. Sua função é intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania em saúde. Ademais, produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão. Considerando que o papel da ouvidoria é garantir ao(à) cidadão(ã) ter sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais, esse indicador foi elencado buscando a manutenção e aprimoramento da eficiência desses serviços. Na elaboração da meta desse indicador buscou-se diminuir o tempo de resposta ao usuário. A OSS, ao receber a demanda da Ouvidoria SUS/Fhemig, deve respondê-la no prazo de 10 dias corridos e encaminhar à ADC/Fhemig para que essa faça o retorno ao usuário demandante.
Fórmula de cálculo do indicador	% de resposta ao usuário da ouvidoria = (Total de manifestações respondidas em até 10 dias corridos no período/ Número total de manifestações registradas no Sistema Ouvidor SUS no período) x 100.
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais do Percentual de Resposta ao Usuário da Ouvidoria SUS em até 10 dias corridos.
Unidade de medida	Percentual.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Relatório ouvidoria SUS extraído pela OSS e pela Coordenação Regionalizada.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	100%
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	100%
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	100%
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	100%
	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	100%
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	100%
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	100%
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	100%
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	100%
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	100%
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	100%
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	100%
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	100%
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	100%
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	100%
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	100%
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	100%
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	100%
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	100%
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	100%

Linha de base atualizada

ANO	PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS (média mensal)
2022	100%
2023	100%
2024	100%
2025	100%

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

A meta para este indicador será de 100% das respostas às demandas da Fhemig, em no máximo 10 dias corridos, tendo como linha de base o pactuado no Plano de Metas da FHEMIG com a SEPLAG/MG (97%) e no Pacto de Gestão Participativa para o ano de 2026 (97%).

2.2.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.2 – PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS

A OSS deverá produzir mensalmente um relatório extraído do sistema de Ouvidoria SUS (Ponto de Resposta), contendo informações com o número de demandas recebidas, a data de entrada e a data de conclusão da resposta por parte da OSS.

Não serão consideradas as demandas recebidas nos 10 últimos dias corridos do período em análise, visto que as mesmas continuam no prazo de resposta. Os dados desses últimos dias serão contabilizados no período avaliatório seguinte e assim sucessivamente.

Trimestralmente, a OSS deverá compilar o resultado e apresentá-lo no Relatório de Monitoramento Trimestral, conforme modelo disponibilizado pela Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais – SEPLAG/MG.

2.3 CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA

2.3.1 MATRIZ DO INDICADOR 2.3 – PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA

<table>
<tr><th>NOME DO INDICADOR</th><th>INDICADOR 2.3 – PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA</th></tr>
<tr><td>Descrição</td><td>O indicador busca mensurar a execução tempestiva da codificação de todas as altas, através da taxa de atendimentos hospitalares codificados do mês de competência, em relação ao montante de atendimentos realizados no período e disponíveis para codificação no sistema DRG.</td></tr>
<tr><td>Fundamentação</td><td>Altas codificadas tempestivamente refletem na qualidade das informações geradas pelo Sistema DRG, em especial na significância estatística dos dados e na tradução real da assistência prestada numa instituição hospitalar em um determinado período. Dessa forma, é um indicador relevante, ao impactar diretamente na consistência das informações geradas.</td></tr>
<tr><td>Fórmula de cálculo do indicador</td><td>% da Codificação DRG = (Total de altas codificadas no DRG da competência/ Total de altas lançadas no Sistema de Gestão Hospitalar na competência) x 100.</td></tr>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Resultado obtido no Sistema DRG referente ao período avaliado.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Percentual.</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Plataforma DRG Brasil – Analytics - Gestão Assistencial - Gestão da Codificação Clínica</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="25">PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA</td><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,</td><td>OUT/26</td><td>9° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>NOV/26, DEZ/26, JAN//27</td><td>JAN/ 27</td><td>10° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>FEV//27, MAR//27, ABR//27</td><td>ABR/27</td><td>11° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>MAI//27, JUN/27, JUL/27</td><td>JUL/27</td><td>12° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>JUL/27, AGO/27, SET/27</td><td>AGO/27, SET/27, OUT/27</td><td>OUT/27</td><td>13° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>OUT/27, NOV/27, DEZ/27</td><td>NOV/27, DEZ/27, JAN/28</td><td>JAN/28</td><td>14° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>JAN/28, FEV/28, MAR/28</td><td>FEV/28, MAR/28, ABR/28</td><td>ABR/28</td><td>15° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>ABR/28, MAI/28, JUN/28</td><td>MAI/28, JUN/28, JUL/28</td><td>JUL/28</td><td>16° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>JUL/28, AGO/28, SET/28</td><td>AGO/28, SET/28, OUT/28</td><td>OUT/28</td><td>17° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>OUT/28, NOV/28, DEZ/28</td><td>NOV/28, DEZ/28, JAN/29</td><td>JAN/29</td><td>18° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>JAN/29, FEV/29, MAR/29</td><td>FEV/29, MAR/29, ABR/29</td><td>ABR/29</td><td>19° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>ABR/29, MAI/29, JUN/29</td><td>MAI/29, JUN/29, JUL/29</td><td>JUL/29</td><td>20° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>JUL/29, AGO/29, SET/29</td><td>AGO/29, SET/29, OUT/29</td><td>OUT/29</td><td>21° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>OUT/29, NOV/29, DEZ/29</td><td>NOV/29, DEZ/29, JAN/30</td><td>JAN/30</td><td>22° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>JAN/30, FEV/30, MAR/30</td><td>FEV/30, MAR/30, ABR/30</td><td>ABR/30</td><td>23° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>ABR/30, MAI/30, JUN/30</td><td>MAI/30, JUN/30, JUL/30</td><td>JUL/30</td><td>24° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
<tr><td>JUL/30, AGO/30, SET/30</td><td>AGO/30, SET/30, OUT/30</td><td>OUT/30</td><td>25° PA</td><td>≥ 100%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≥ 100%
JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≥ 100%
ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≥ 100%

Linha de base atualizada

ANO	PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA (média mensal)
2022	111,35%
2023	107,68%
2024	109,37%
2025	113,61%

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

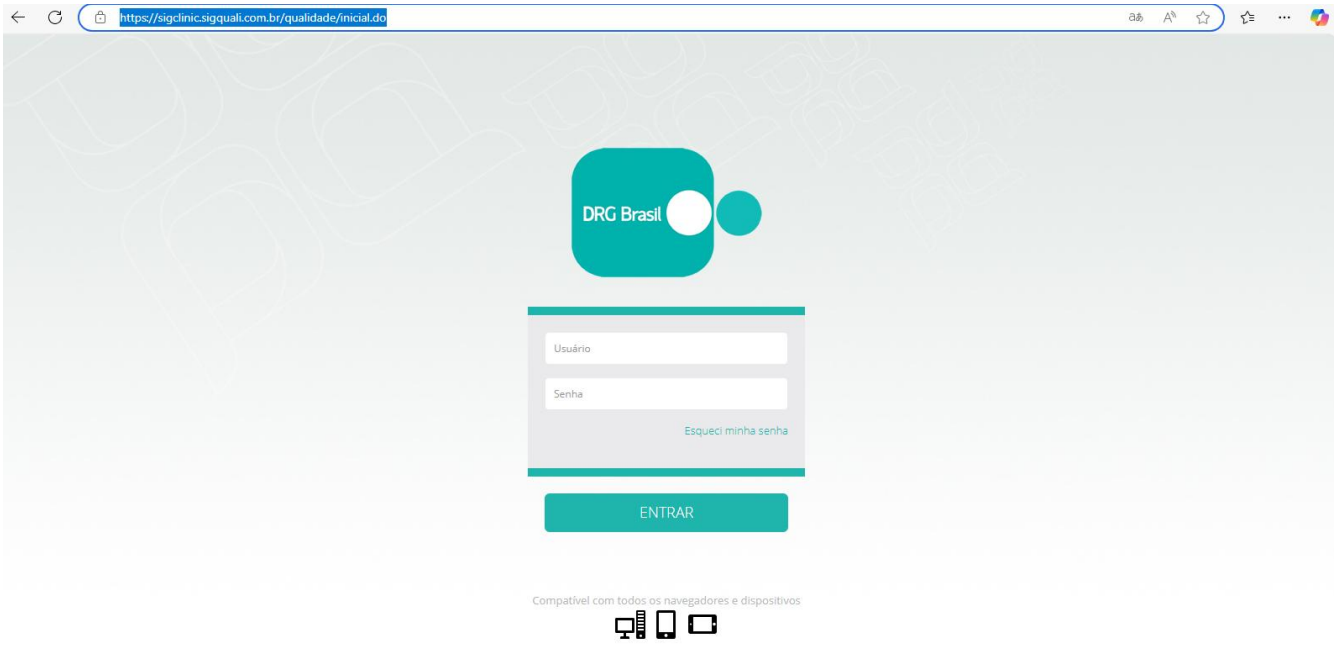
1. IAG SAÚDE. DRG Brasil: fundamentos e aplicação do sistema de grupos de diagnóstico relacionados. [S.l.]: IAG Saúde, 2025.
2. Mesma meta pactuada no Pacto de Gestão Participativa da Fhemig para o ano de 2024.

2.3.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.3 – PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA

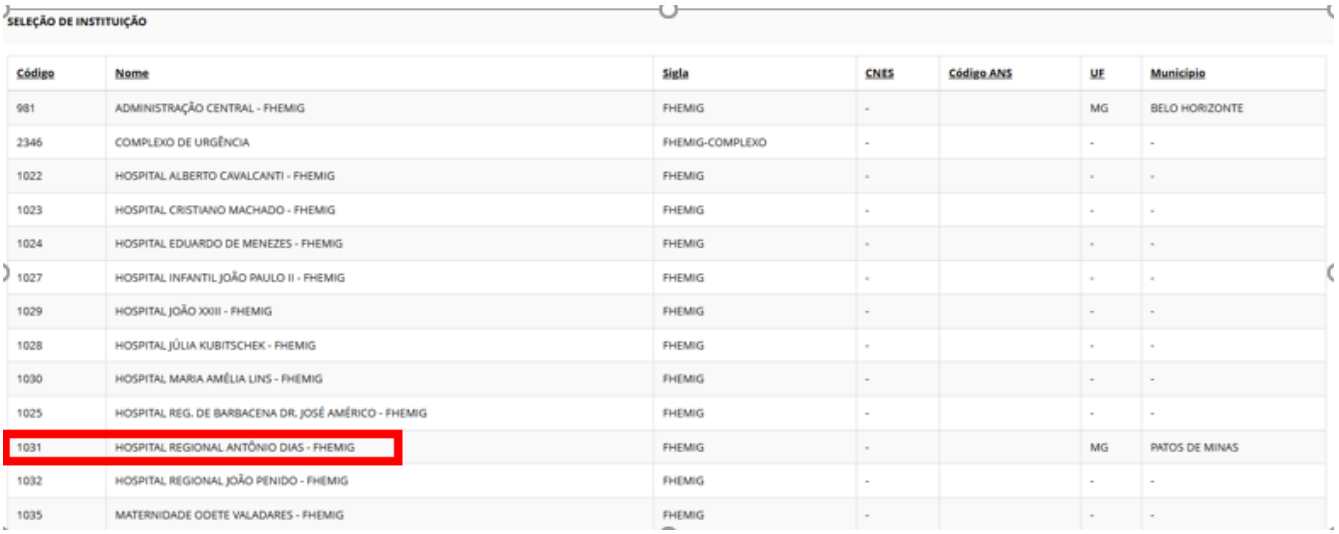
Para cálculo do numerador (total de altas codificadas no DRG):

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG-BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

2. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: DRG Brasil

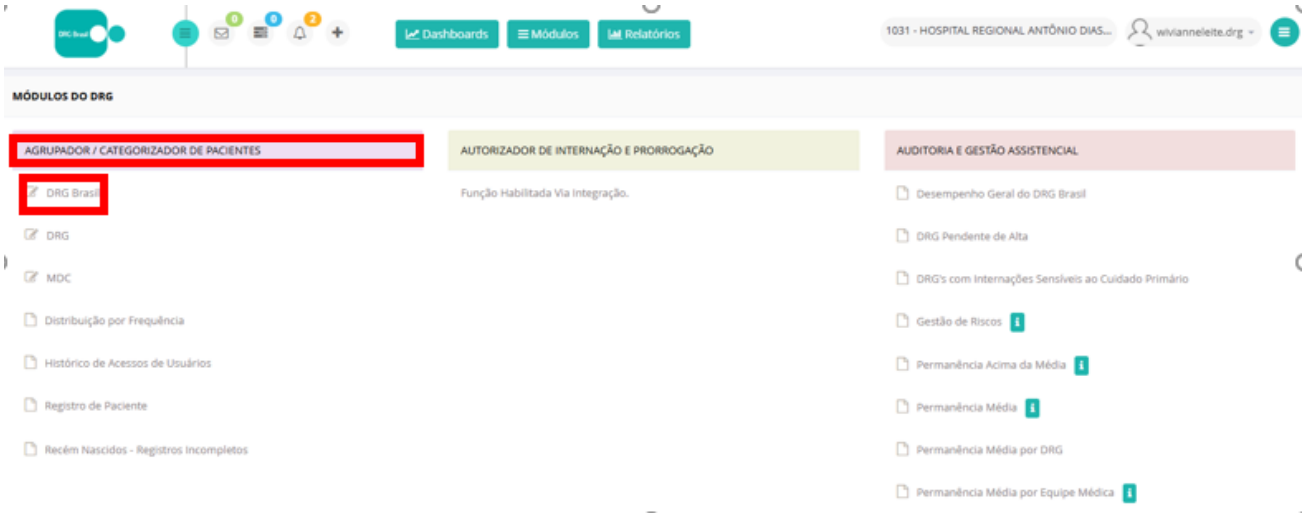


a) Selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG** se unidade; **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL FHEMIG,** se equipe de monitoramento:


SELEÇÃO DE INSTITUIÇÃO

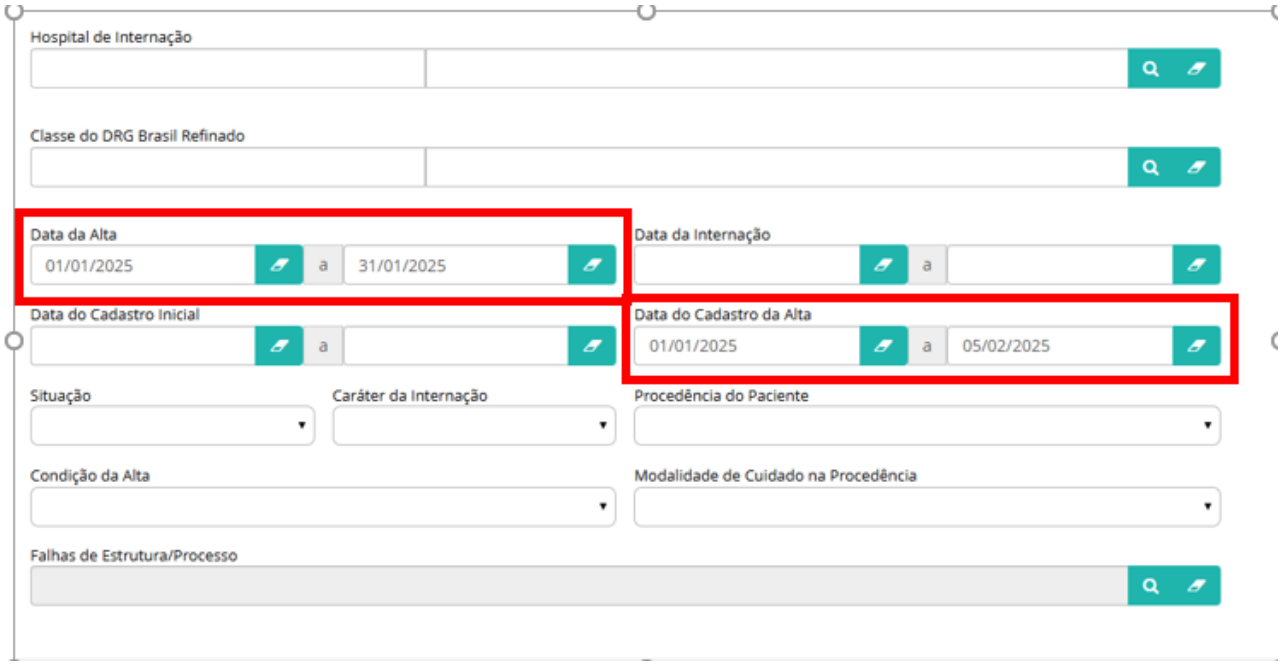
Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
2346	COMPLEXO DE URGÊNCIA	FHEMIG-COMPLEXO	-		-	-
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1023	HOSPITAL CRISTIANO MACHADO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	PATOS DE MINAS
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

b) Selecionar a opção de módulos e na aba de **agrupador/ categorizador de pacientes** selecionar **DRG Brasil:**

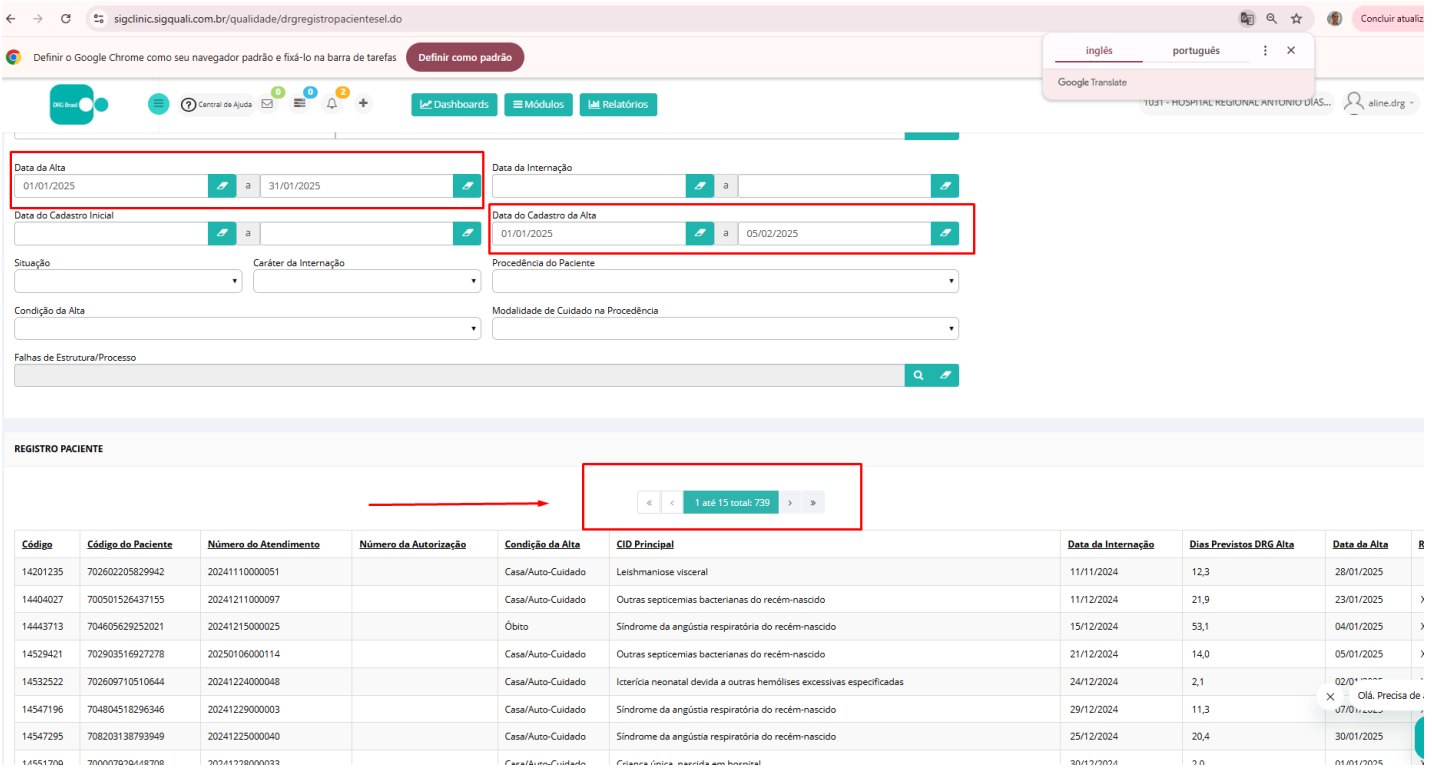


c) Na página seguinte fazer os seguintes filtros:

Data da alta: colocar o primeiro e último dia do mês de referência
Data do cadastro da alta: será o primeiro dia do mês de referência e a data final será o 3° dia útil do mês (o mesmo dia que estiver fazendo o levantamento dos dados).



c) Selecionar a opção pesquisar. A página seguinte emitirá o resultado das altas codificadas no HRAD no período escolhido:



- **Para obtenção do denominador (total de altas lançadas no Sistema de Gestão Hospitalar):**

1. Acessar o endereço https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYmE4ZTE2MjAtZmY5Mi00MDZkLTlmOGYtMzJlMjMyNTA3MWJiIiwidCI6IjJhN2M1ZWQ1LWE5MGEtNGEyMy1hNTA4LTFmNjFkMzRlZmZhOCJ9&pageName=0c3f11f01735457c7d12 e selecionar a opção “CLIQUE AQUI PARA SEGUIR”:



2. Selecionar a opção demonstrada abaixo:

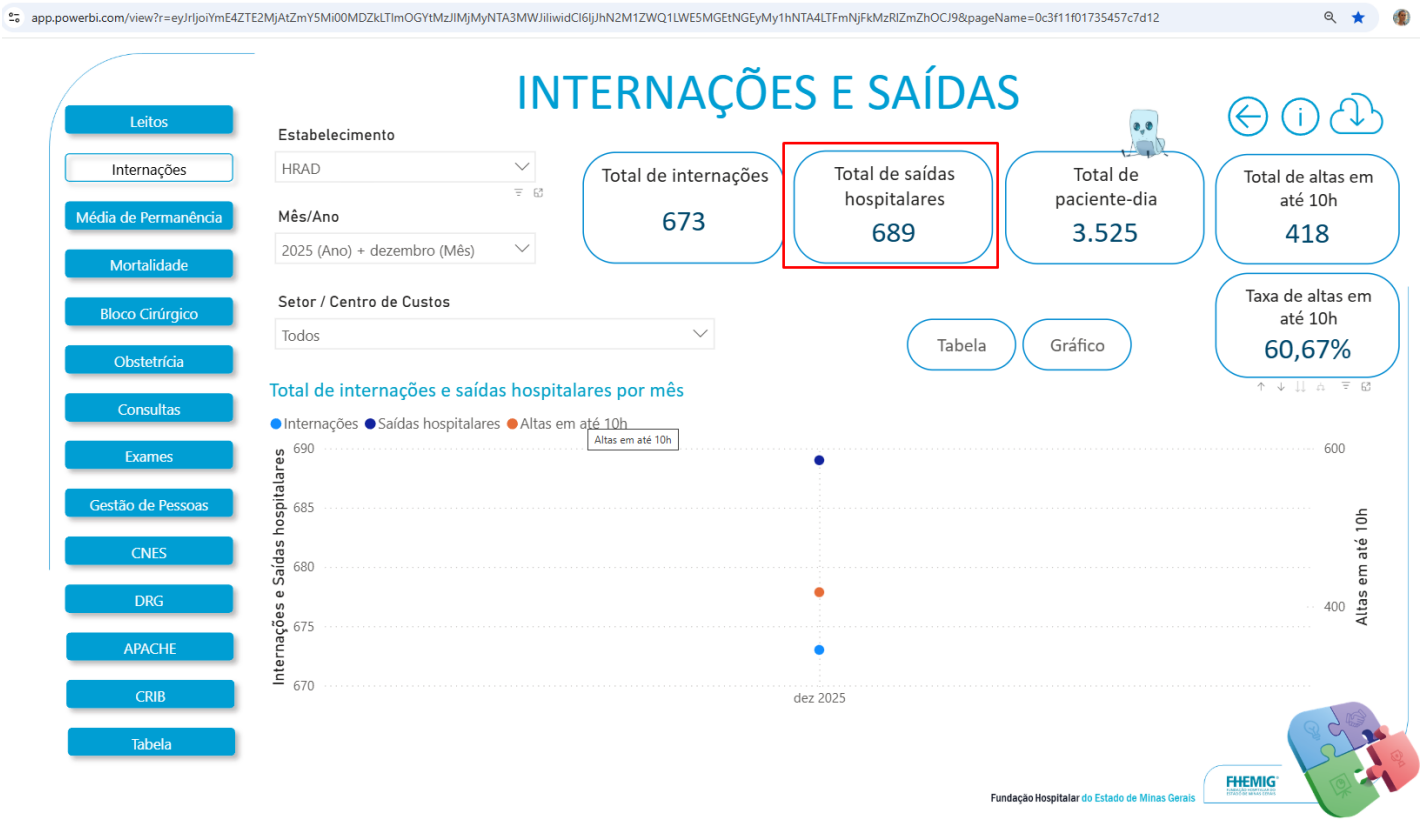


3. Na tela seguinte, deverão ser aplicados os filtros necessários para se pesquisar o “TOTAL DE SAÍDAS HOSPITALARES” no período.

- Estabelecimento: Selecionar unidade a ser avaliada
- Mês/ Ano: Selecionar o período de competência a ser apurado



4. Considerar o valor informando no campo “TOTAL DE SAÍDAS HOSPITALARES”:



- **<u>Para cálculo da fórmula do indicador:</u>**

De posse das informações do numerador e denominador da fórmula, basta realizar uma divisão simples do total de altas codificadas no DRG da competência pelo total de altas lançadas no Sistema de Gestão Hospitalar na competência multiplicar por 100.

2.4 CUMPRIMENTO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DA INFORMAÇÃO CLÍNICA– IQIC

2.4.1 MATRIZ DO INDICADOR 2.4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DA INFORMAÇÃO CLÍNICA – IQIC

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 2.4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DA INFORMAÇÃO CLÍNICA - IQIC
Descrição	O Índice da Qualidade da Informação Clínica (IQIC) representa o desempenho da instituição na qualidade das informações em prontuário e codificações nos critérios avaliados no Painel de Gestão da Codificação Clínica do DRG Brasil. Representa uma pontuação desejada para uma codificação adequada e assertiva. Dessa forma, é possível avaliar a qualidade da codificação clínica da instituição por meio da comparação da pontuação institucional com a pontuação de uma codificação ideal de referência. São considerados da qualidade das informações do prontuário até a eficácia das informações codificadas no Sistema DRG. Esse indicador será considerado válido somente quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	O indicador expressa a qualidade da codificação das altas realizadas em um determinado período de tempo, refletindo as condições reais do paciente e/ou procedimentos realizados, evitando-se, assim, distorções quanto à complexidade dos DRGs e do Case Mix institucional.
Fórmula de cálculo do indicador	Resultado do IQIC obtido no Sistema DRG referente ao período avaliado.
Resultado no período avaliado	Resultado do IQIC obtido no Sistema DRG referente ao período avaliado.
Unidade de medida	Número absoluto.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Plataforma DRG Brasil – Analytics - Gestão Assistencial - Gestão da Codificação Clínica - IQIC
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
ÍNDICE DA QUALIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO CLÍNICA- IQIC	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	≥ score da Fhemig
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	≥ score da Fhemig
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	≥ score da Fhemig
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	≥ score da Fhemig
	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	≥ score da Fhemig
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	≥ score da Fhemig
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	≥ score da Fhemig
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	≥ score da Fhemig
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	≥ score da Fhemig
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	≥ score da Fhemig
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	≥ score da Fhemig
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	≥ score da Fhemig
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	≥ score da Fhemig
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	≥ score da Fhemig
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	≥ score da Fhemig
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	≥ score da Fhemig
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	≥ score da Fhemig
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≥ score da Fhemig
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≥ score da Fhemig
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≥ score da Fhemig

Linha de base atualizada

ANO	Índice da Qualificação da Informação Clínica- IQIC (média mensal)
2022	18
2023	18
2024	19
2025	20

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

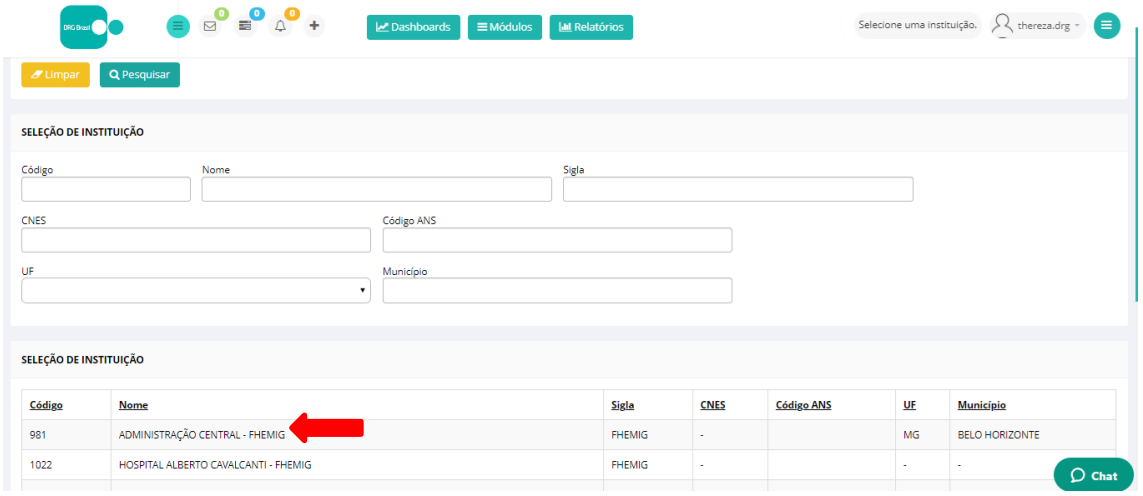
1. IAG SAÚDE. DRG Brasil: fundamentos e aplicação do sistema de grupos de diagnóstico relacionados. [S.l.]: IAG Saúde, 2025.

2.4.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA – IQCC

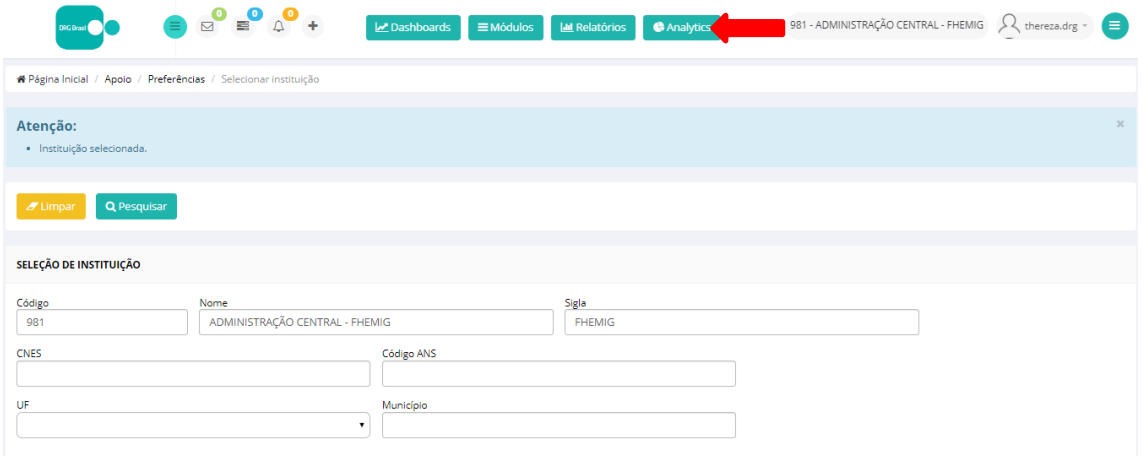
ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG-BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE. NESSA DATA A UNIDADE NÃO PODERÁ FAZER ALTERAÇÕES NAS ALTAS JÁ CODIFICADAS!

1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do

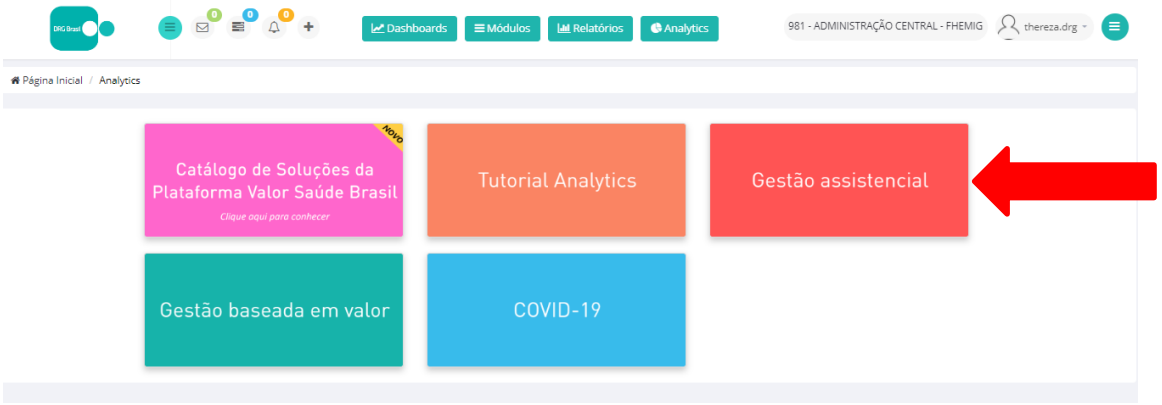
a) Selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG** se unidade; **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL FHEMIG,** se equipe de monitoramento:



b) Na página seguinte, selecionar a opção “ANALYTICS”:



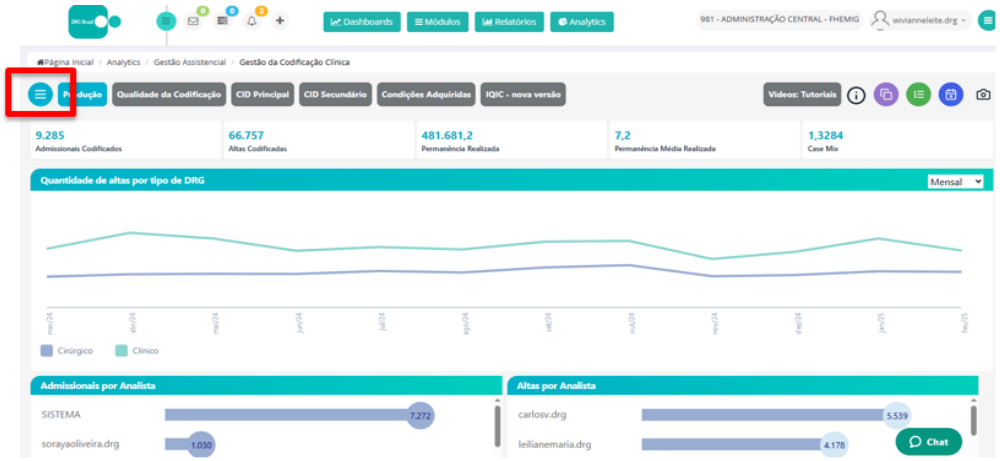
c) Na próxima página, clicar no ícone: **"GESTÃO ASSISTENCIAL":**



d) Na página seguinte, entrar em: **GESTÃO DA CODIFICAÇÃO CLÍNICA:**

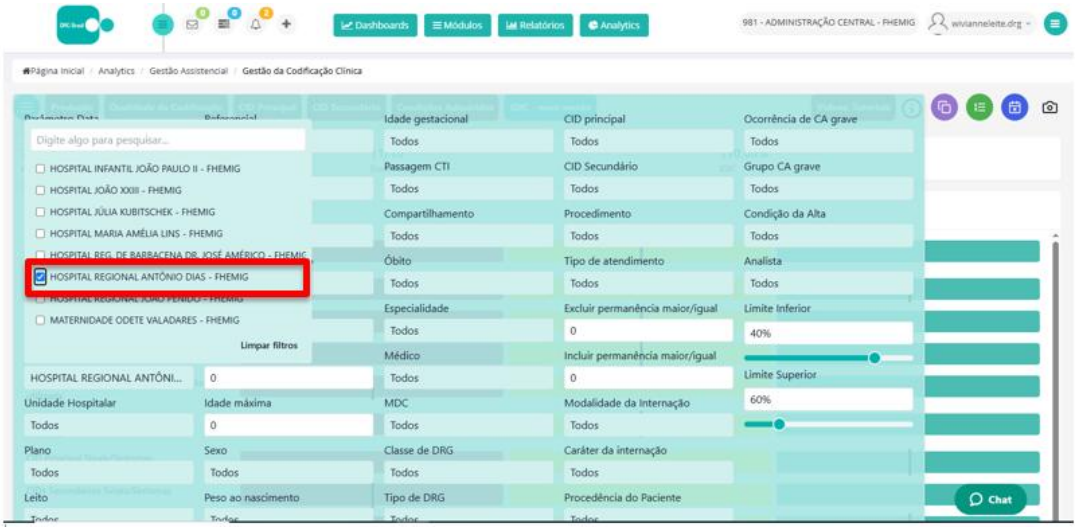


e) Selecionar o ícone de Menu para escolher o filtro da pesquisa:

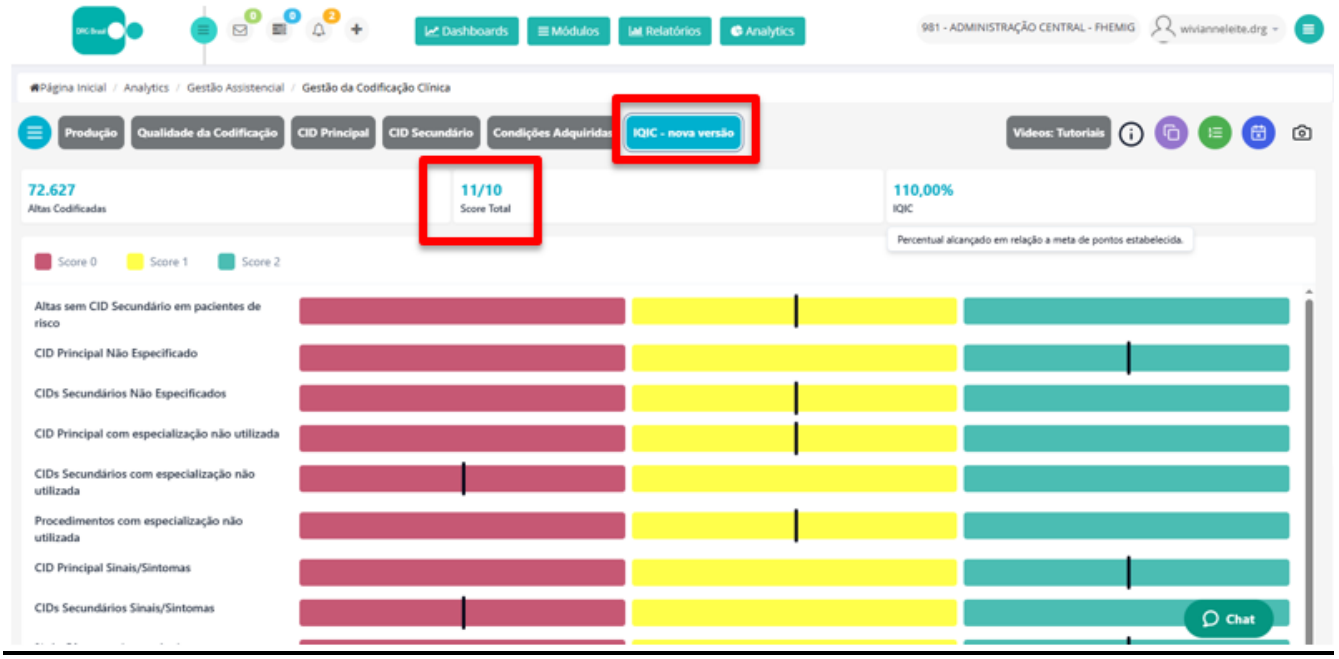


f) Selecionar o mês de referência.

g) Selecionar o hospital de referência: desmarcar todas as opções e deixar selecionado o checkbox com o nome do hospital que será analisado:



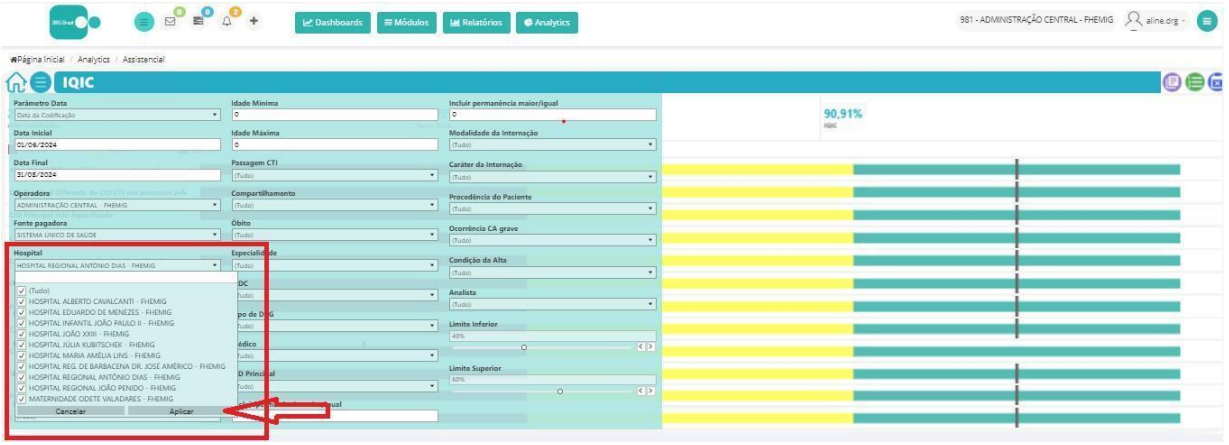
➢ Na tela seguinte, selecionar a opção IQIC**- nova versão.** Em seguida, aparecerá o score total: será emitido o score do hospital analisado, em relação ao score máximo projetado pelo algoritmo do sistema.



Como a meta estabelecida para o indicador tem por base o Índice alcançado pela FHEMIG, a equipe de monitoramento assistencial deverá seguir o mesmo passo a passo citado anteriormente, realizando os seguintes ajustes:

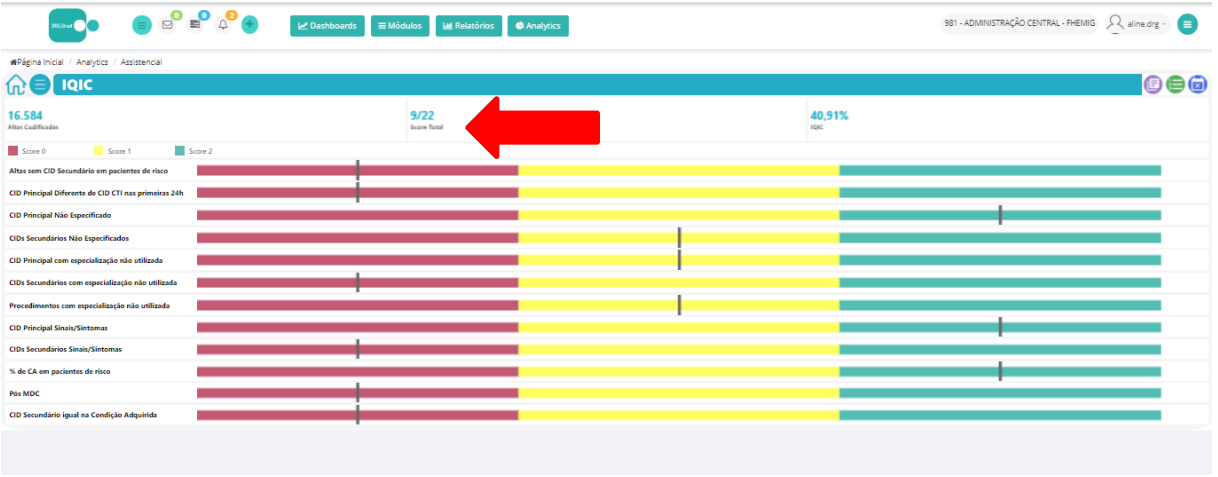
➢ Clicar no ícone de menu dos filtros

a) Selecionar o mês de referência.



b) Selecionar o hospital de referência: marcar todas as unidades da Fhemig.

➢ Na tela seguinte, selecionar a opção **IQIC - nova versão.** Em seguida, aparecerá o score total: será emitido o score da Fhemig, em relação ao score máximo projetado pelo algoritmo do sistema.



➢ Como a equipe do hospital analisado não tem acesso ao Score da FHEMIG, a equipe de monitoramento assistencial deverá encaminhar o print, para conhecimento, ao responsável pela elaboração do relatório gerencial de resultados.

➢ O resultado do score será considerado, conforme exemplo abaixo, para os prints utilizados no passo a passo - Resultado FHEMIG/ Hospital analisado.

Resultado score IQIC:9/2

2.5 TAXA DE CUMPRIMENTO DE PLANOS DE AÇÃO

2.5.1 MATRIZ DO INDICADOR 2.5 – TAXA DE CUMPRIMENTO DE PLANOS DE AÇÃO

<table>
<tr><th>NOME DO INDICADOR</th><th>INDICADOR 2.5 – TAXA DE CUMPRIMENTO DE PLANOS DE AÇÃO</th></tr>
<tr><td>Descrição</td><td>O indicador tem por finalidade mensurar o percentual de ações executadas, por período avaliatório, dentro dos prazos estabelecidos em Planos de Ação pactuados entre a Entidade Parceira e a Fhemig e publicados nos sites de ambas as instituições. Esses Planos abrangem ações corretivas, de manutenção da infraestrutura e de melhorias em processos e serviços prestados.</td></tr>
<tr><td>Fundamentação</td><td>A apuração do cumprimento dos Planos de Ação constitui um instrumento colaborativo e de remediação obrigatória, avaliando o grau de efetividade da gestão da Entidade Parceira frente às recomendações técnicas e necessidades assistenciais identificadas pela Fhemig no monitoramento da parceria, para a melhoria contínua dos processos, da qualidade assistencial e da governança.
Dessa forma, o cumprimento dos Planos de Ação não deve ser apenas corretivo, voltado à correção de inconformidades, mas também adaptativo, incorporando melhorias pactuadas, em consonância com os princípios de eficiência, legalidade e economicidade da gestão pública.</td></tr>
<tr><td>Fórmula de cálculo do indicador</td><td>Taxa de cumprimentos de Planos de Ação = (Número de ações executadas dentro do prazo / Número total de ações pactuadas no período) x 100
Onde:
Ações executadas dentro do prazo: ações finalizadas até a data-limite estabelecida no plano de ação.
Total de ações pactuadas no período: todas as ações com prazo de conclusão no período avaliado.</td></tr>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Percentual de cumprimento das macroações com data fim pactuada para o período avaliatório.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Percentual</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Relatórios de acompanhamento de planos de ação (emitidos pela Entidade Parceira e validados pela Fhemig).</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="4">CUMPRIMENTO DE PLANOS DE AÇÃO</td><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,</td><td>OUT/26</td><td>9° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>NOV/26, DEZ/26, JAN//27</td><td>JAN/ 27</td><td>10° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>FEV//27, MAR//27, ABR//27</td><td>ABR/27</td><td>11° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>MAI//27, JUN/27, JUL/27</td><td>JUL/27</td><td>12° PA</td><td>100%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	100%	
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	100%	
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	100%	
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	100%	
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	100%	
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	100%	
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	100%	
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	100%	
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	100%	
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	100%	
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	100%	
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	100%	
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	100%	
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	100%	
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	100%	
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	100%	
Linha de base atualizada	A Unidade ainda não possui linha de base, pois se trata de novo indicador a ser apurado.					
Referências para cálculo das metas pactuadas	Não se aplica por se tratar de indicador ainda não mensurado na unidade que visa monitorar e promover a melhoria contínua da gestão pela Entidade Parceira. Dessa forma, a meta para esse indicador está em consonância com apontamentos de órgãos de controle sobre remediação obrigatória e fortalecimento do monitoramento das parcerias.					

2.5.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.5 – ÍNDICE DE TAXA DE CUMPRIMENTO DE PLANOS DE AÇÃO

1. **Identificar os Planos de Ação do Período**

Levantar todos os planos de ação ativos na instituição, oriundos de:

- Indicadores e produtos
- Auditorias internas e externas
- Processos de acreditação
- Reuniões gerenciais
- Demais pactuados junto à comissão de monitoramento

Considerar para o cálculo apenas as ações com prazo de conclusão dentro do mês avaliado.

2. Consolidar os Dados:

Utilizar planilha institucional ou sistema de gestão de ações. A base deve conter, no mínimo:

- Descrição da ação
- Setor responsável
- Responsável direto

Data de início

- Prazo de conclusão
- Status (não iniciada / em andamento / concluída)
- Evidência de conclusão

3. Validar as Evidências:

Para cada ação com status “concluída”, verificar a existência de evidência objetiva, como:

- Documentos institucionais
- Prints de sistema
- Registros em prontuário
- Atas de reunião
- Fotos ou relatórios

Apenas ações com evidência validada pela Comissão de Monitoramento serão consideradas como concluídas.

4. Classificar as Ações:

Classificar as ações do período em:

- Concluídas no prazo: finalizadas até à data-limite
- Concluídas fora do prazo: finalizadas após a data-limite
- Não concluídas: não finalizadas até o encerramento do período

5. Consolidar os Dados

- Total de ações previstas no período (com prazo no mês)
- Total de ações concluídas no prazo
- Total de ações concluídas fora do prazo
- Total de ações em atraso

6. Calcular o indicador:

- Aplicar fórmula da matriz do indicador;

7. Realizar Análise Crítica

- Comparar o resultado com a meta estabelecida
- Identificar principais causas de não cumprimento: Falta de definição clara da ação, Prazo inadequado, Sobrecarga da equipe; Dependência de terceiros.

8. Enviar para Validação pela Diretoria:

- Consolidar relatório contendo: Resultado do indicador; Total de ações do período; Principais atrasos; Justificativas apresentadas; Plano de ação corretivo

- Encaminhar para validação da Diretoria;
- Após validação, formalizar aprovação.

9. Consolidar no Relatório Gerencial de Resultados (RGR):

- Inserir os dados validados no Relatório Gerencial de Resultados (RGR) institucional, contendo: Nome do indicador; Resultado do mês; Meta; Tendência (gráfico); Status (atingido / não atingido); Principais ações implementadas.

10. Encaminhar para Monitoramento Mensal:

- Encaminhar o RGR para Equipe de monitoramento.

3. ÁREA TEMÁTICA 03: ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O desenvolvimento tecnológico do campo da informação permitiu aumento na produção de dados assistenciais, possibilitando a análise da qualidade assistencial. Tendo em vista as garantias constitucionais de acesso ao serviço de saúde, tais informações são fundamentais para regular a qualidade da assistência prestada. Além disso, os dados assistenciais permitem caracterizar o hospital quanto ao seu tipo de atendimento e a sua efetividade. Os indicadores relacionados à assistência à saúde foram concebidos com intuito de padronizar e mensurar a qualidade dos serviços ofertados, alicerçados em evidências científicas. A partir desses indicadores, o gestor terá subsídios para a tomada de decisões, bem como poderá aprimorar a qualidade do serviço assistencial oferecido pela unidade.

Quanto à metodologia do Diagnosis Related Groups (DRG), que está atrelada à mensuração de 7 indicadores do Contrato de Gestão, trata-se de um sistema de classificação de pacientes capaz de definir a complexidade dos casos atendidos pelo serviço de saúde, e a partir disso estruturar todo um escopo de monitoramento de desempenho e qualidade da assistência. O modelo é centrado na geração de valor à instituição e ao paciente com foco em quatro alvos assistenciais: uso eficiente do leito hospitalar; aumento da segurança assistencial, redução de internações evitáveis e redução de readmissões possíveis. O objetivo, portanto, é fornecer instrumentos para gestão da qualidade do resultado assistencial, considerando a condição clínica/cirúrgica dos pacientes admitidos, bem como os desfechos assistenciais. A partir do uso da metodologia DRG é possível criar um fluxo institucional que inclui: a coleta e integração dos dados de saúde, a transformação desses dados em informações, a análise e comparação de informações a partir de referenciais nacionais e a entrega de valor assistencial para as unidades hospitalares da Rede FHEMIG. Dessa forma, os indicadores alicerçados na metodologia do DRG foram programados com o objetivo do alcance do referencial brasileiro no Percentil 50 de avaliação, o que por si só, já geraria importante eficiência, considerando a manutenção de um Case Mix (índice que resume a complexidade do conjunto de pacientes assistidos na unidade e no período).

A partir disso, o grupo de indicadores que compõem esta área temática visa mensurar a qualidade e eficiência de processos assistenciais, possibilitando análise dos resultados alcançados em relação a índices preconizados pela literatura e àqueles alcançados por outras instituições de saúde similares. Os indicadores que compõem essa área estão listados abaixo:

3.1 CUMPRIMENTO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

3.1.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

<table>
<tr><th>NOME DO INDICADOR</th><th>INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR</th></tr>
<tr><td>Descrição</td><td>Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados no hospital.
Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.</td></tr>
<tr><td>Fundamentação</td><td>Trata-se de um indicador clássico, que tem relação com boas práticas de governança clínica e mostra se o leito hospitalar é gerido com eficiência. Atualmente é utilizado o patamar de eficiência mínima relativo ao Percentil 50 de assistência, referente ao mesmo conjunto de DRGs do referencial nacional de hospitais do SUS sem acreditação.</td></tr>
<tr><td>Fórmula de cálculo do indicador</td><td>Média de permanência = Número total de pacientes-dia no período / Número total de pacientes que tiveram saída no período (incluindo óbitos) x 100.
Onde:
Pacientes-dia: quantitativo de pacientes-dia para o período.
Total saída: número total de saídas lançadas no período</td></tr>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Resultado da Média de Permanência Hospitalar Geral para o período avaliado (trimestre).</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Número absoluto.</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Plataforma DRG Brasil – Analytics - Gestão Assistencial - Eficiência do uso do leito.</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Menor Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = [1 - (Resultado - Meta) / Meta)] x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="15">MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR</td><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,</td><td>OUT/26</td><td>9° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
<tr><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>NOV/26, DEZ/26, JAN//27</td><td>JAN/ 27</td><td>10° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
<tr><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>FEV//27, MAR//27, ABR//27</td><td>ABR/27</td><td>11° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
<tr><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>MAI//27, JUN/27, JUL/27</td><td>JUL/27</td><td>12° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
<tr><td>JUL/27, AGO/27, SET/27</td><td>AGO/27, SET/27, OUT/27</td><td>OUT/27</td><td>13° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
<tr><td>OUT/27, NOV/27, DEZ/27</td><td>NOV/27, DEZ/27, JAN/28</td><td>JAN/28</td><td>14° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
<tr><td>JAN/28, FEV/28, MAR/28</td><td>FEV/28, MAR/28, ABR/28</td><td>ABR/28</td><td>15° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
<tr><td>ABR/28, MAI/28, JUN/28</td><td>MAI/28, JUN/28, JUL/28</td><td>JUL/28</td><td>16° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
<tr><td>JUL/28, AGO/28, SET/28</td><td>AGO/28, SET/28, OUT/28</td><td>OUT/28</td><td>17° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
<tr><td>OUT/28, NOV/28, DEZ/28</td><td>NOV/28, DEZ/28, JAN/29</td><td>JAN/29</td><td>18° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
<tr><td>JAN/29, FEV/29, MAR/29</td><td>FEV/29, MAR/29, ABR/29</td><td>ABR/29</td><td>19° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
<tr><td>ABR/29, MAI/29, JUN/29</td><td>MAI/29, JUN/29, JUL/29</td><td>JUL/29</td><td>20° PA</td><td>≤ MP prevista</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	≤ MP prevista
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	≤ MP prevista
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	≤ MP prevista
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	≤ MP prevista
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	≤ MP prevista
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≤ MP prevista
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≤ MP prevista
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≤ MP prevista

Linha de base atualizada

ANO	MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (média mensal)
2022	5,7
2023	5,1
2024	5
2025	4,9

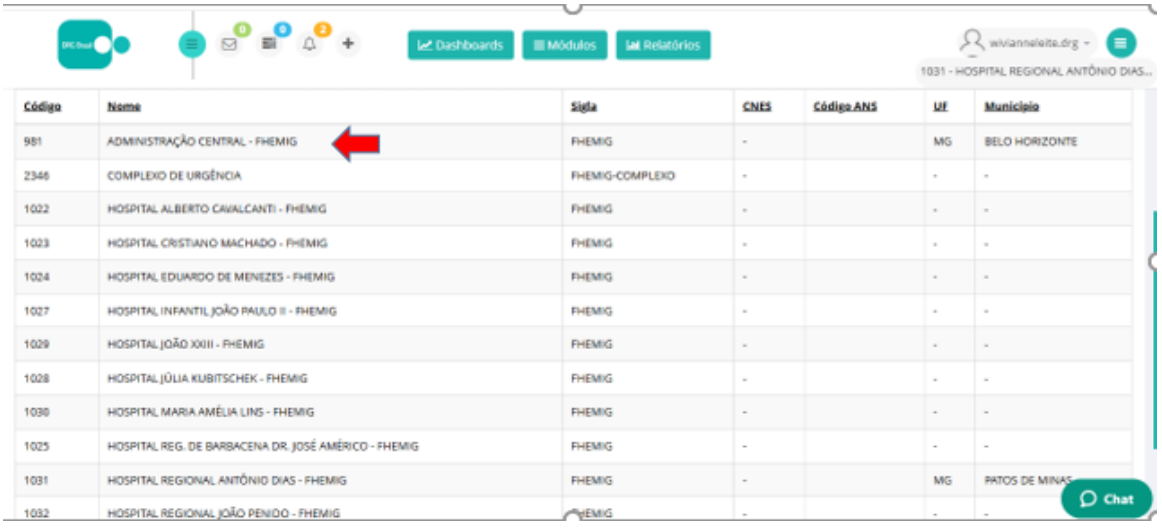
Referências para o cálculo das metas Pactuadas

1. IAG SAÚDE. DRG Brasil: fundamentos e aplicação do sistema de grupos de diagnóstico relacionados. [S.l.]: IAG Saúde, 2025.

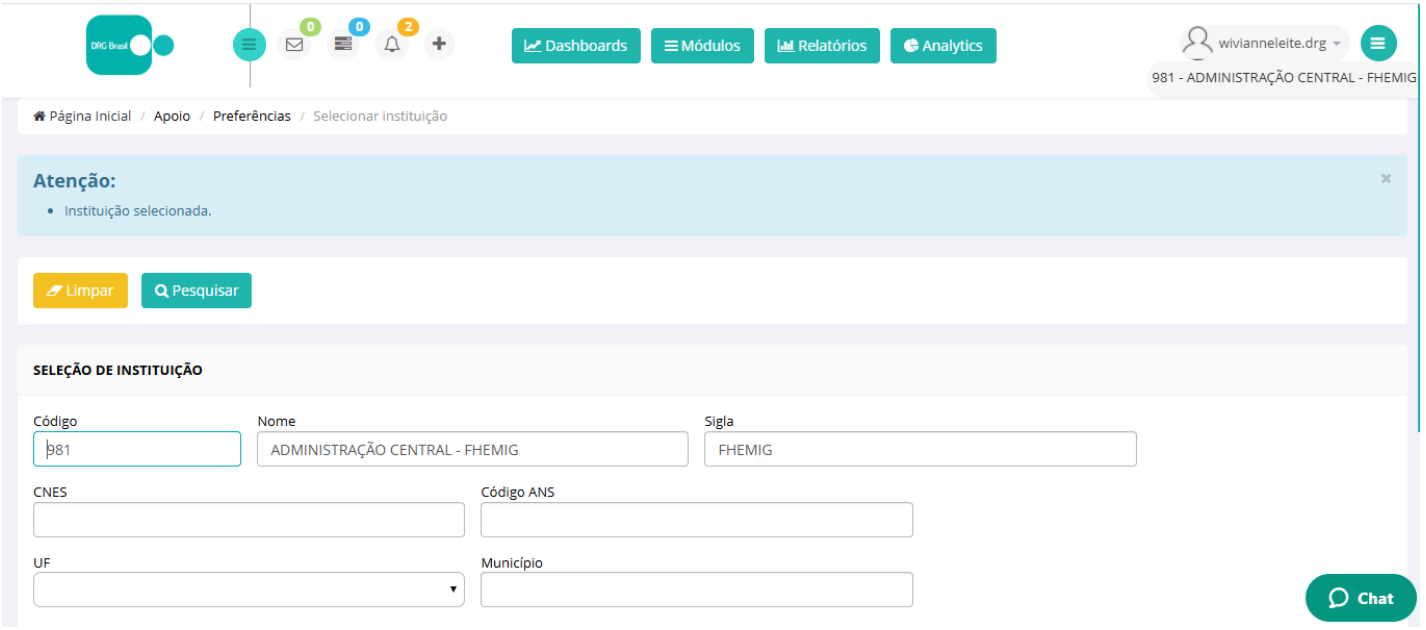
3.1.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

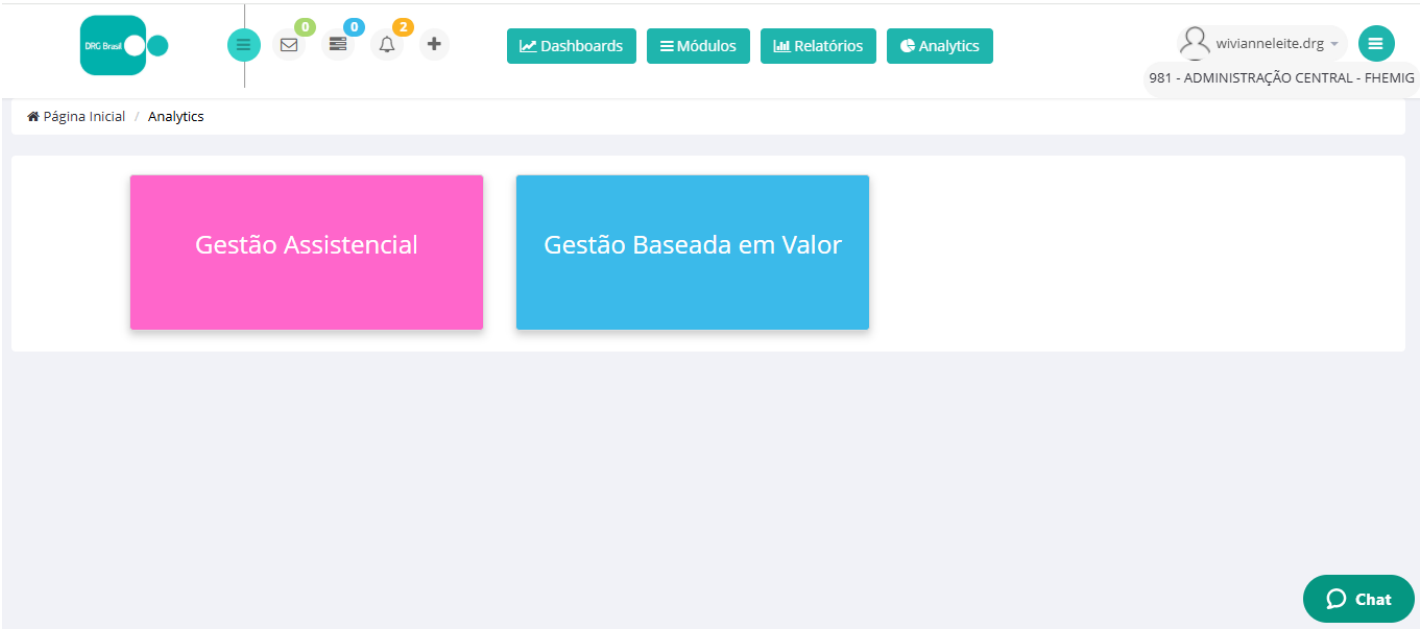
1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG,** se unidade; **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – FHEMIG,** se equipe de monitoramento:



3. Na página seguinte, selecionar: ANALYTICS:



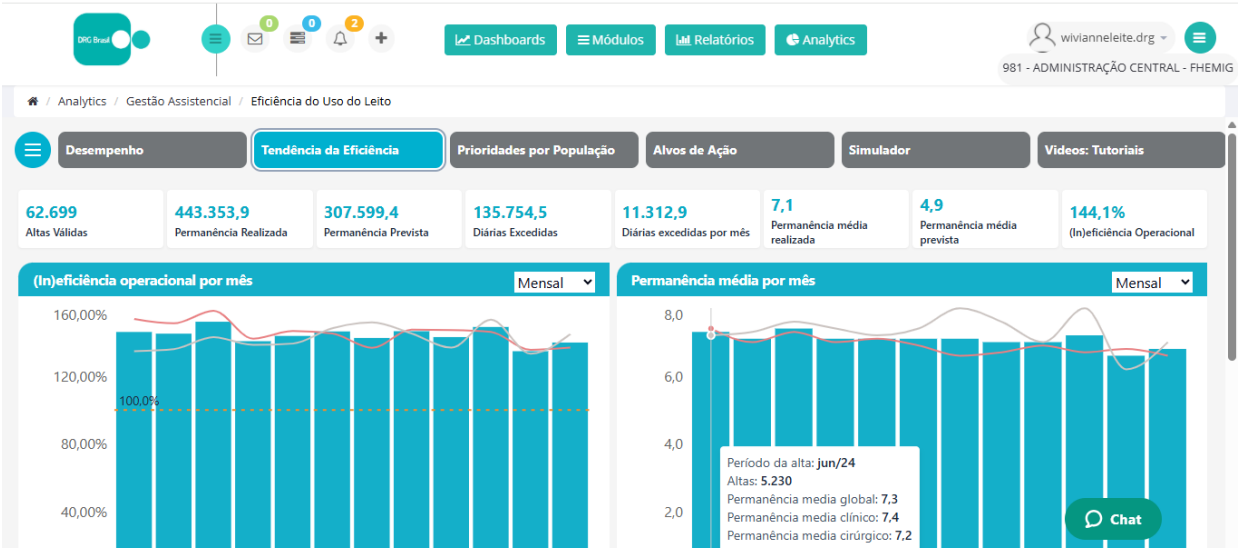
4. Na próxima página, selecionar: **GESTÃO ASSISTENCIAL**:



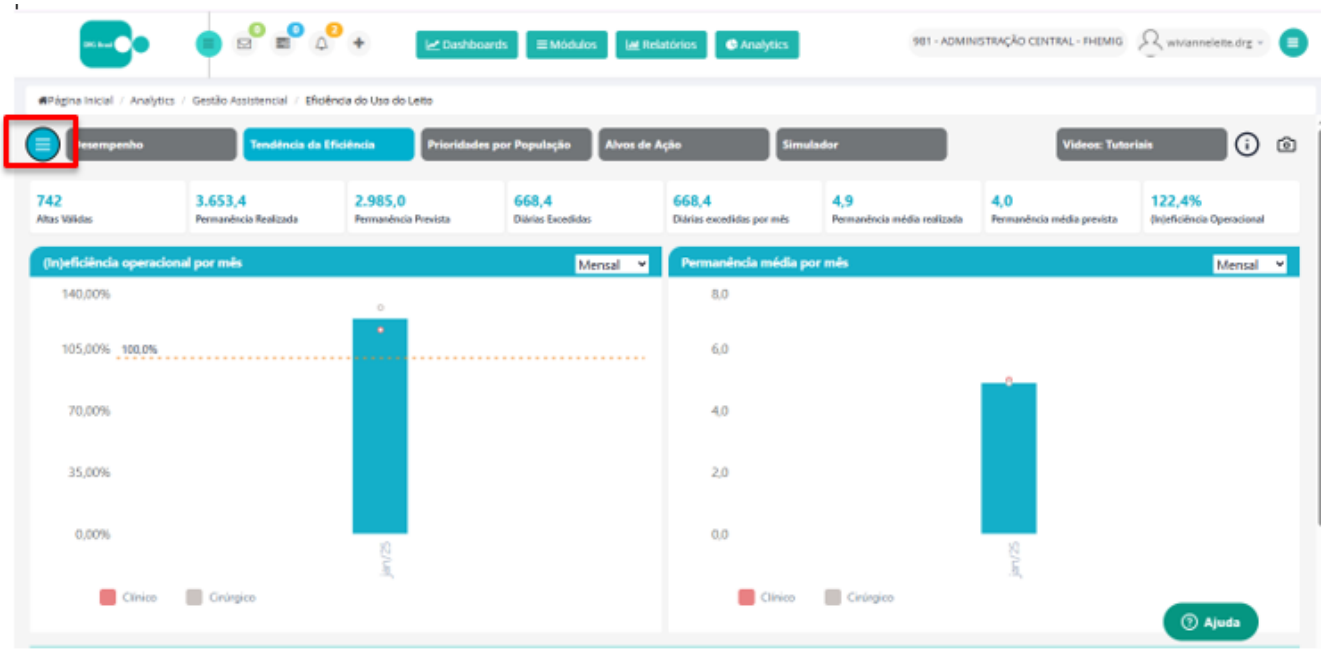
5. Na próxima página, selecionar: **EFICIÊNCIA DO USO DO LEITO**:



6. Na próxima página, selecionar: **TENDÊNCIA DA EFICIÊNCIA**:

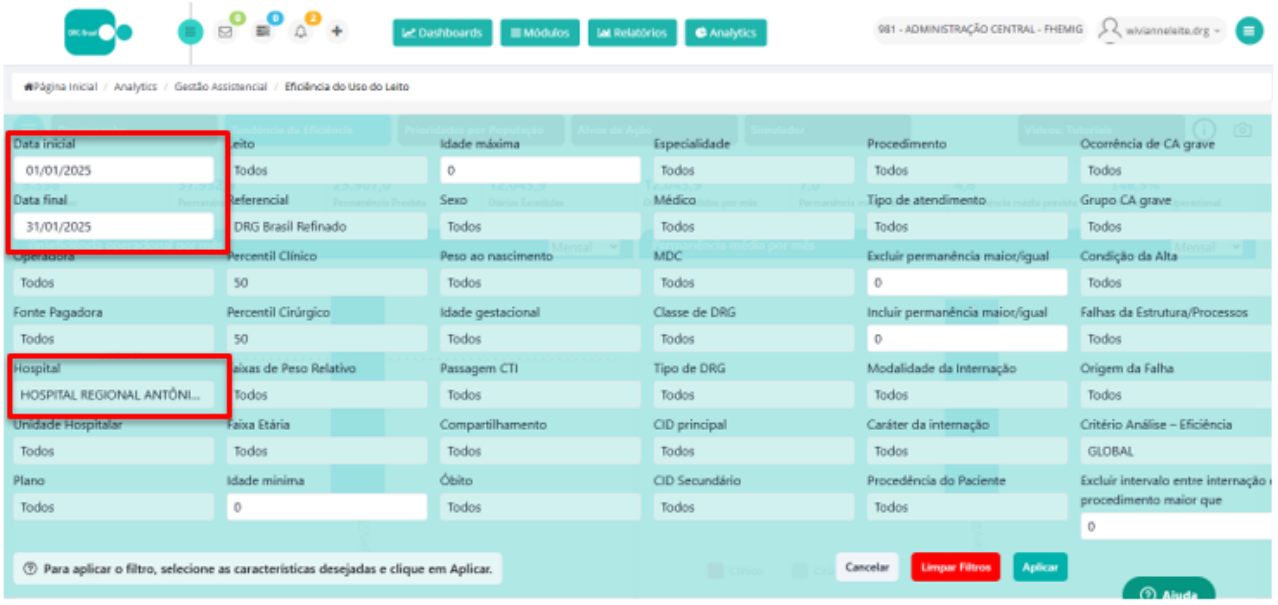


➢ Selecionar o ícone de menu, para fazer o filtro da pesquisa



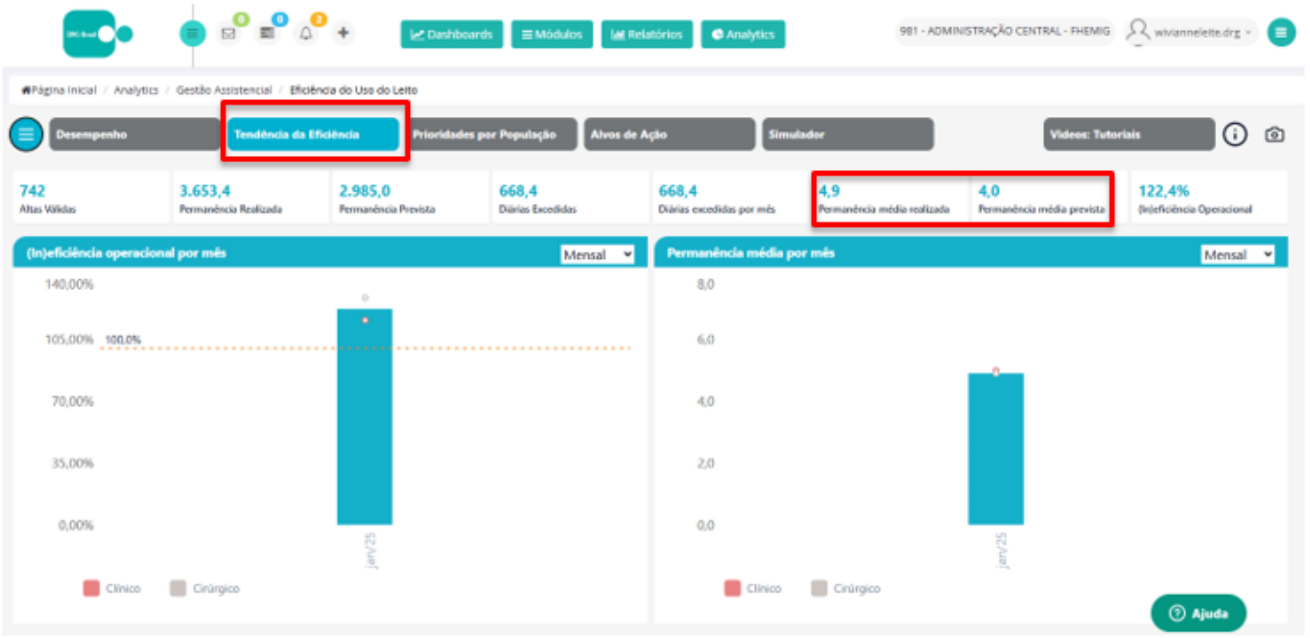
a) Selecionar o mês de referência.

b) Selecionar o hospital de referência: desmarcar todas as opções e deixar selecionado o checkbox com o nome do hospital que será analisado:



➢ Na tela deverá ser considerado os valores encontrados para:

a) **Permanência média prevista:** meta a ser considerada para o indicador
b) **Permanência média realizada**: resultado da unidade para o indicador



3.2 CUMPRIMENTO DA TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

3.2.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.2 – TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.6 – TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR
Descrição	Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período. Demonstra o percentual de utilização da capacidade instalada dos leitos. Paciente-dia: corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando no hospital ou setor em cada dia. O número de pacientes-dia no mês será a somatória de paciente-dia de cada dia do mês. Leitos-dia: correspondem aos leitos disponíveis a pacientes no hospital ou setor em cada dia. O número de leitos-dia no mês será a somatória de leitos-dia de cada dia do mês.
Fundamentação	A mensuração da Taxa de Ocupação fornece informações que permitem avaliar variáveis relacionadas à capacidade de atendimento institucional, bem como refletem os processos de gestão hospitalar que impactam diretamente na otimização do uso de leitos, tais como a regulação interna e externa de pacientes. Além disso, dentro de uma faixa adequada, essa taxa reflete economia de escala e escopo assistenciais. É um indicador complementar aos do grupo 1.1. Considerando que as metas de produtividade monitoradas por meio dos indicadores do grupo 1.1 tiveram como referência a permanência esperada do DRG e se limitam na apresentação de quantidades, é importante assegurar que os tempos de permanência esperados sejam alcançados, no caso concreto do HRAD, gerando redução de permanência, mas que os leitos não permaneçam ociosos. Assim, o monitoramento da ocupação mínima é importante. Em contraponto, caso as metas de ocupação sejam alcançadas em função da permanência injustificada de pacientes nos leitos, os indicadores do grupo 1.1 não serão alcançados. Ainda, indiretamente, a adoção deste indicador irá induzir que o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) esteja atualizado e correspondendo à realidade de leitos do hospital.
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa de ocupação hospitalar = (Número de pacientes-dia no período / Número de leitos-dia cadastrados no CNES, no período) x 100. Onde: • Pacientes-dia: quantitativo de pacientes-dia para o período. • Leitos-dia: número total de leitos cadastrados no CNES no período
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais da Taxa de Ocupação Hospitalar.
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Sistema de Informação de Gestão Hospitalar e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
Polaridade	Maior Melhor.

Cálculo de desempenho

Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	≥85%
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	≥85%
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	≥85%
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	≥85%
	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	≥85%
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	≥85%
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	≥85%
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	≥85%
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	≥85%
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	≥85%
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	≥85%
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	≥85%
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	≥85%
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	≥85%
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	≥85%
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	≥85%
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	≥85%
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≥85%
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≥85%
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≥85%

Linha de base atualizada

ANO	TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (média mensal)
2022	89,18%
2023	93,59%
2024	86,62%
2025	89,19 %

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

Meta estipulada com base nos valores preconizados na literatura. Conforme Agência Nacional de Saúde, a taxa de ocupação hospitalar acima do preconizado está relacionada com aumento de eventos adversos, infecção hospitalar e diminuição da segurança no ambiente assistencial. Valores abaixo de 75% indicam baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital, demonstrando indícios de falha no planejamento do hospital, índices de satisfação da clientela baixos, ou inadequada articulação com a rede de serviços.

Também foi avaliada a média ponderada da Taxa de Ocupação Hospitalar do HRAD, referente aos anos de 2019, 2020 e 2021:

Indicador	2019	2020	2021	Média
Taxa de Ocupação Hospitalar	98%	83%	85%	89%

3.2.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO CNES E NO FHEMIG EM NÚMEROS SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

- **Primeira etapa: obter o numerador (número de pacientes-dia para a competência):**

1. Acessar o endereço https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYmE4ZTE2MjAtZmY5Mi00MDZkLTlmOGYtMzJlMjMyNTA3MWJiIiwidCI6IjJhN2M1ZWQ1LWE5MGEtNGEyMy1hNTA4LTFmNjFkMzRlZmZhOCJ9&pageName=0c3f11f01735457c7d12 e selecionar a opção “CLIQUE AQUI PARA SEGUIR”:



2. Selecionar a opção demonstrada abaixo:

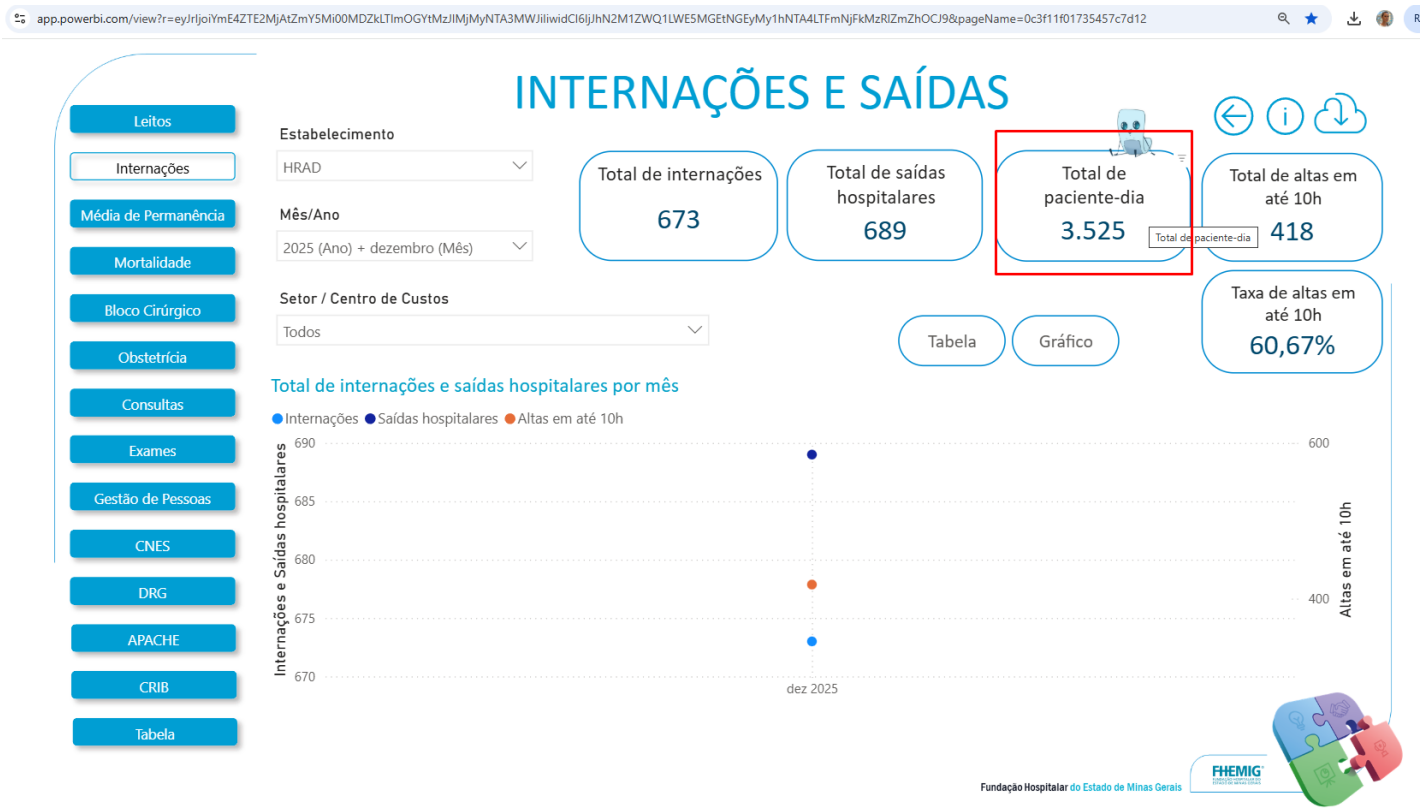


3. Na tela seguinte, deverão ser aplicados os filtros necessários para se pesquisar o “TOTAL DE SAÍDAS HOSPITALARES” no período.

- Estabelecimento: Selecionar unidade a ser avaliada
- Mês/ Ano: Selecionar o período de competência a ser apurado



4. Considerar o valor informando no campo “TOTAL DE PACIENTE-DIA”:

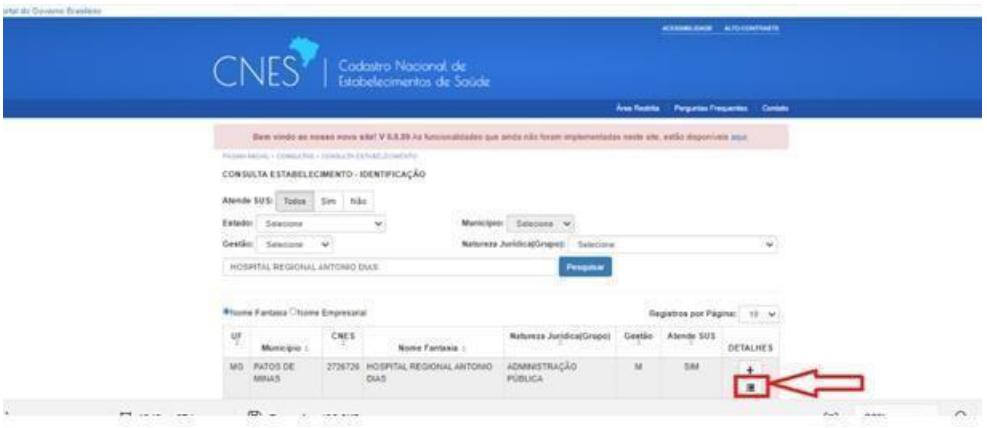


- **<u>Segunda etapa: obter o denominador (número de leitos para a competência no CNES):</u>**

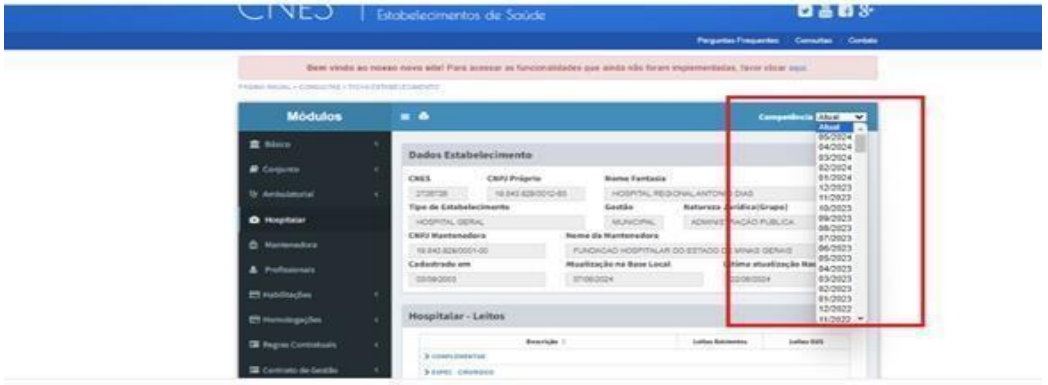
1. Acessar o endereço do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES: https://cnes.datasus.gov.br/
2. Após abrir a tela, clicar na opção “Consulta Estabelecimento” e escrever na barra de pesquisa, o nome do Hospital que deseja e clicar em “Pesquisar”.



3. Na tela seguinte, para selecionar a opção que irá direcionar a Ficha do Estabelecimento, clicar no ícone identificado no campo inferior direito:

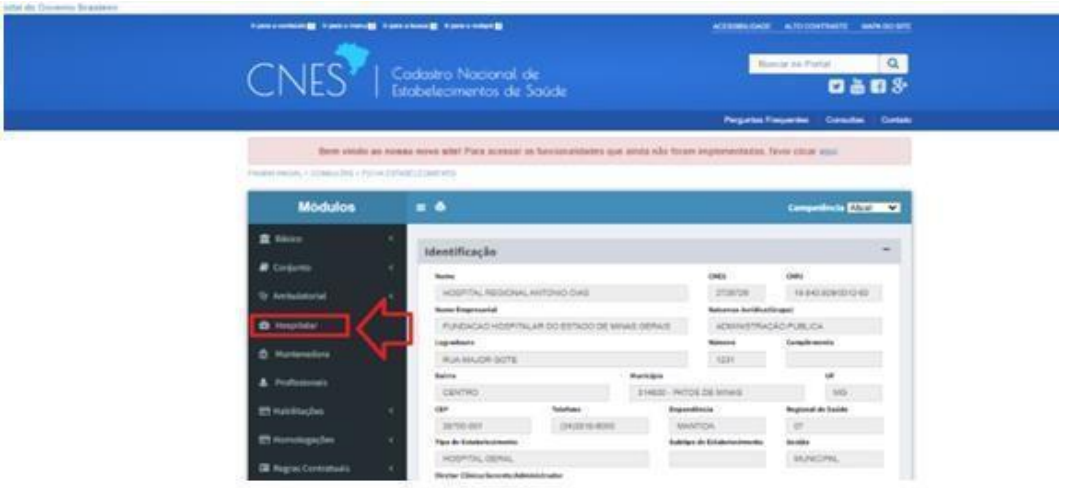


4. Na tela seguinte, selecionar o mês de pesquisa no filtro “Competência”

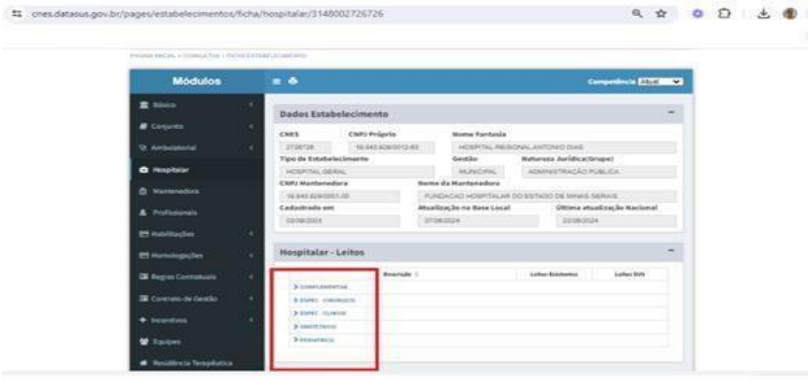


Observação: automaticamente a tela abrirá na competência do mês atual. Caso a pesquisa seja retroativa, selecione a opção do mês correspondente.

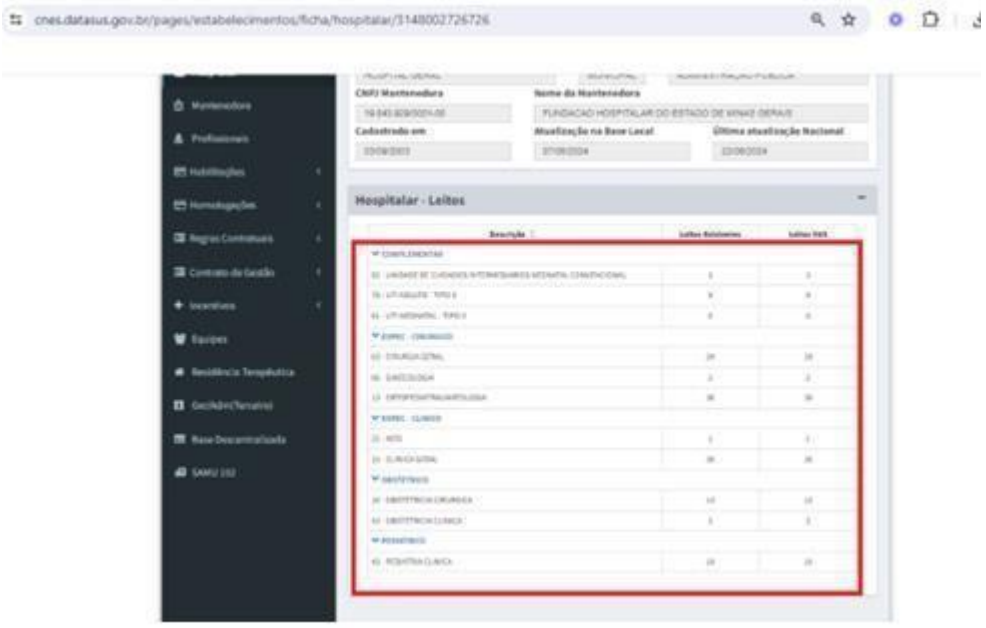
5. Em seguida, selecionar a opção “Hospitalar” nos módulos disponíveis no *menu* à esquerda da tela.



6. A seguir, ao rolar o mouse para baixo, as opções dos leitos hospitalares da unidade estarão disponíveis:



7. Selecionar cada uma das opções para ver o número de leitos correspondentes:



8. Por fim, somar o número de leitos, para encontrar o quantitativo total para a unidade hospitalar no mês correspondente.

3.3 CUMPRIMENTO DA TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL

3.3.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.3 – TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL OBSERVADAS X PREVISTAS

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.3 – TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL OBSERVADAS X PREVISTAS
Descrição	É a medida da proporção entre o número de saídas por óbitos em determinado período e o número total de saídas no referido período. É uma medida do desfecho do tratamento. Saída hospitalar: saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito. Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	Monitorar a mortalidade é um processo primordial para avaliar o desfecho em saúde. Trata-se de um indicador que remonta à década de 1910. Óbitos são processos naturais no ambiente hospitalar e, em si, não representam mau desempenho assistencial e institucional. Na avaliação das mortes hospitalares, a preocupação central deve estar voltada para a identificação dos óbitos que poderiam ser evitados, uma vez que todo paciente apresenta um risco de falecer. Contudo, problemas de qualidade no processo de cuidado ao paciente podem aumentar esse risco. A avaliação da taxa de mortalidade ao longo do tempo sinaliza comportamentos fora do padrão e a comparação com as taxas de outros hospitais com mesma especialização do atendimento, porte e nível de complexidade tecnológica (service mix) pode fornecer referenciais que induzam a melhoria de processos ou que sinalizem um comportamento dentro do esperado. A escolha deste indicador resulta do fato de ser um indicador clássico que representa a finalidade precípua da assistência hospitalar que é aumentar a sobrevida dos pacientes.
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa de mortalidade geral = (Número de óbitos ocorridos no período / Número total de saídas no período) x 100. Onde: • Número de óbitos: quantitativo de lançamentos no sistema que geraram saídas por óbitos. • Total de saídas: número total de saídas lançadas no período
Resultado no período avaliado	Resultado da Taxa de mortalidade hospitalar geral para o período avaliado.
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Plataforma DRG Brasil - Analytics – Gestão Baseada em Valor – Oportunidades Assistenciais – Óbitos Observados X Previstos
Polaridade	Menor Melhor.

Cálculo de desempenho

Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = [1 - (Resultado - Meta) / Meta)] x 10
Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL - OBSERVADAS X PREVISTAS	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	≤100%
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	≤100%
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	≤100%
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	≤100%
	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	≤100%
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	≤100%
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	≤100%
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	≤100%
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	≤100%
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	≤100%
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	≤100%
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	≤100%
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	≤100%
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	≤100%
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	≤100%
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	≤100%
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	≤100%
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≤100%
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≤100%
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≤100%

Linha de base atualizada

ANO	TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL OBSERVADAS X PREVISTAS (média mensal)
2022	110, 86%
2023	117,58%
2024	117,15%
2025	123,98 %

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

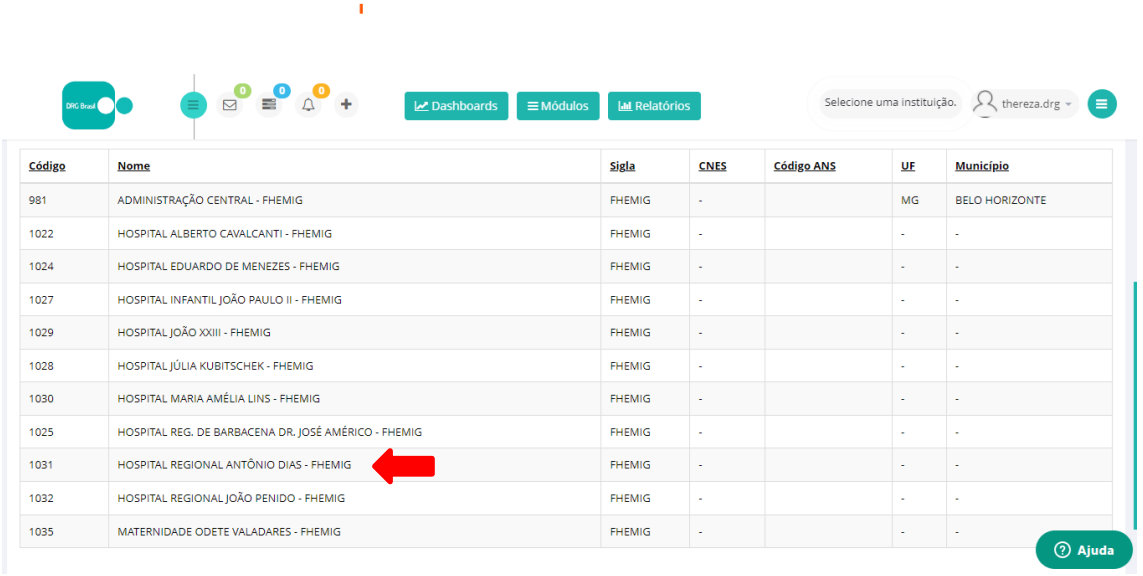
1. IAG SAÚDE. DRG Brasil: fundamentos e aplicação do sistema de grupos de diagnóstico relacionados. [S.l.]: IAG Saúde, 2025.
.

3.3.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.3 – TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL OBSERVADAS X PREVISTAS

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG-BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

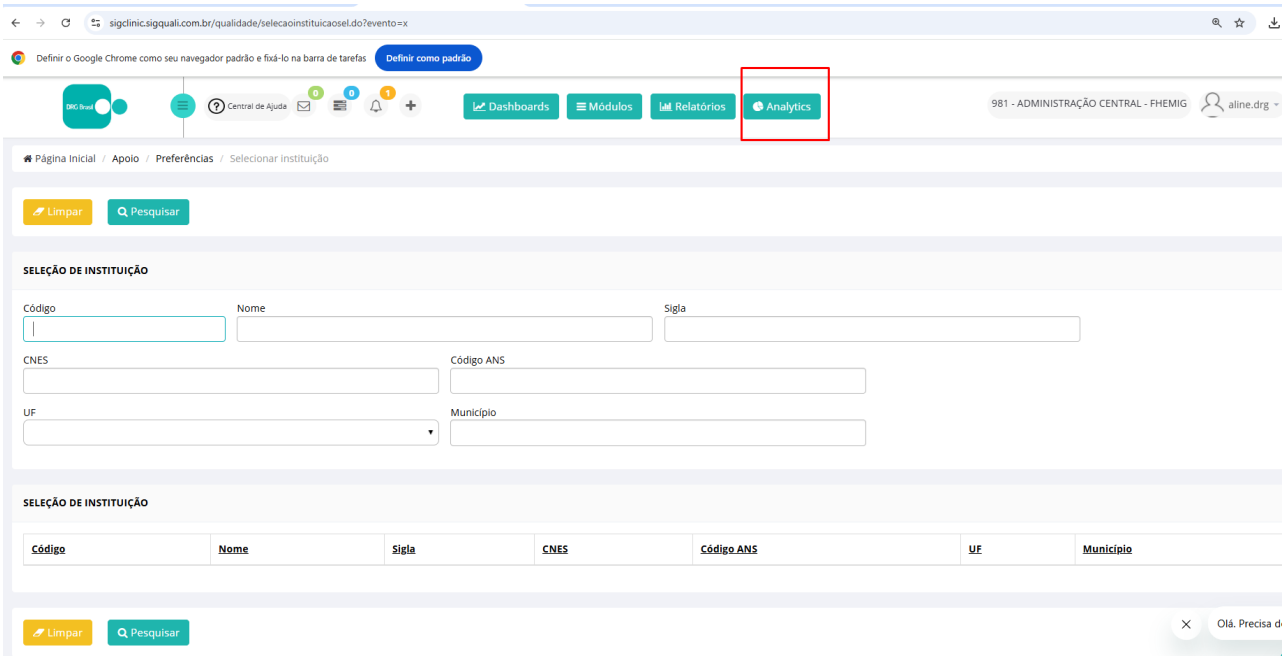
1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do

2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG,** se unidade; **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – FHEMIG,** se equipe de monitoramento:

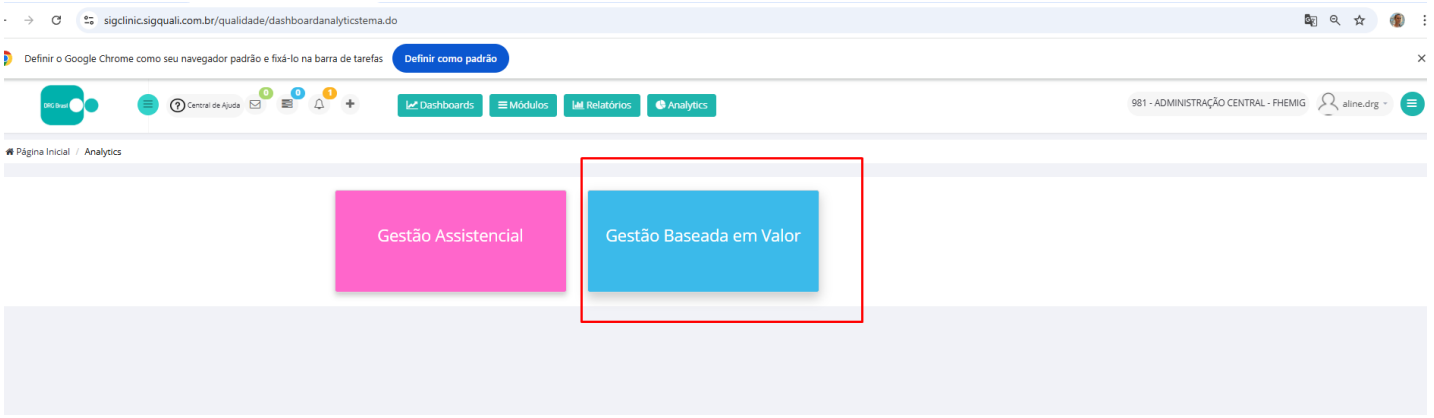


Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

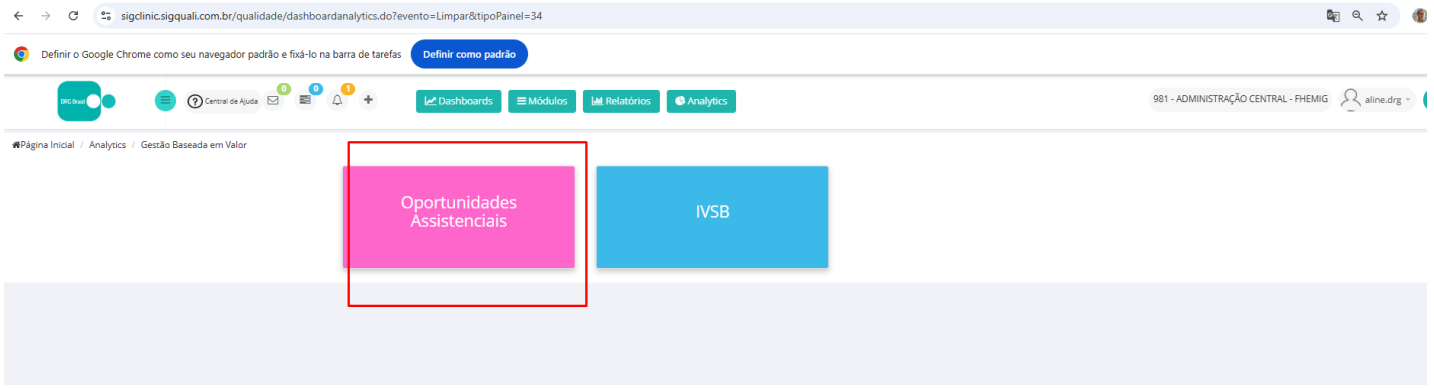
3. Na página seguinte, selecionar: ANALYTICS:



4. Clicar em “Gestão Baseada em Valor”:



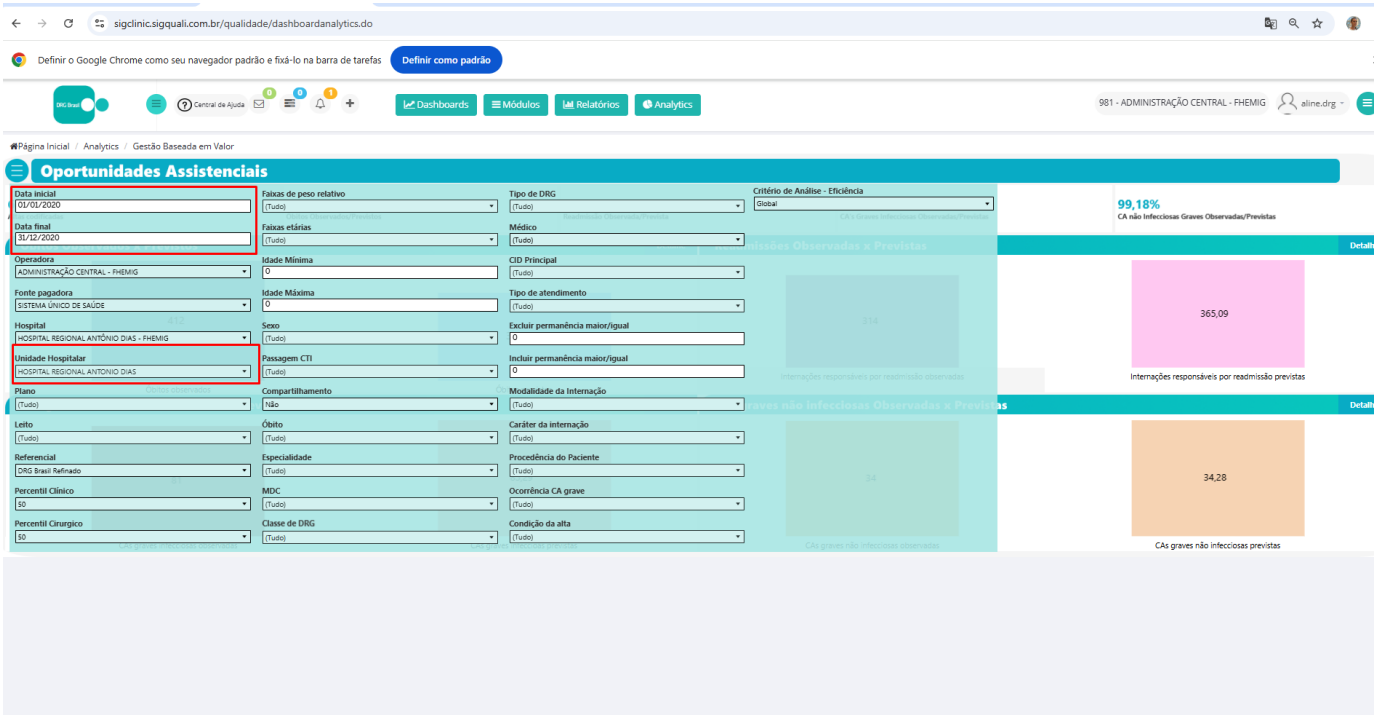
5. Selecionar a opção “Oportunidades Assistenciais”



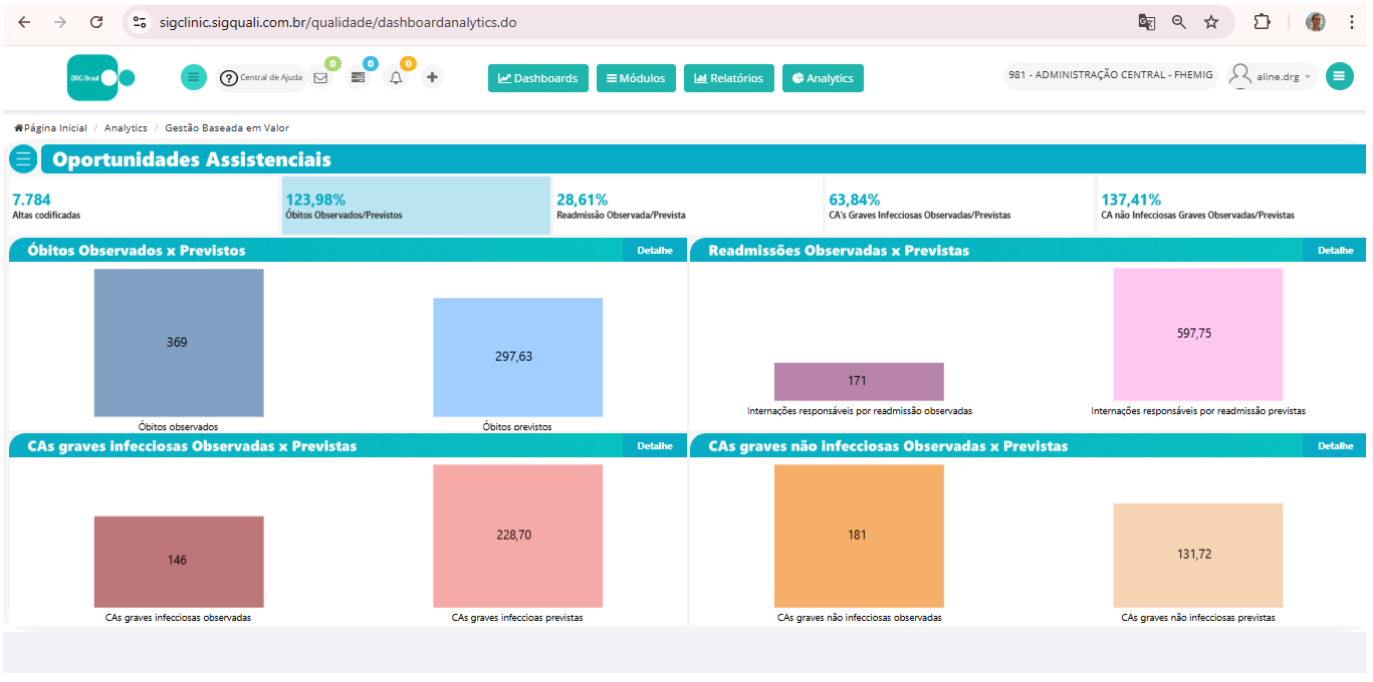
6. Na página seguinte, proceder aos filtros e clicar em “aplicar”:

7. PARÂMETROS:

- Data inicial: informe a data inicial para apuração.
- Data final: informe a data final para apuração.
- Unidade Hospitalar: informe o nome do hospital.



8. Analisar o valor encontrado para o campo **“Óbitos X Previstos”**:



Obs: O valor informado no campo “Observado”, deverá ser menor, do que o valor informado em campo “Previsto”).

3.4 TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS

3.4.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.4 – TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS

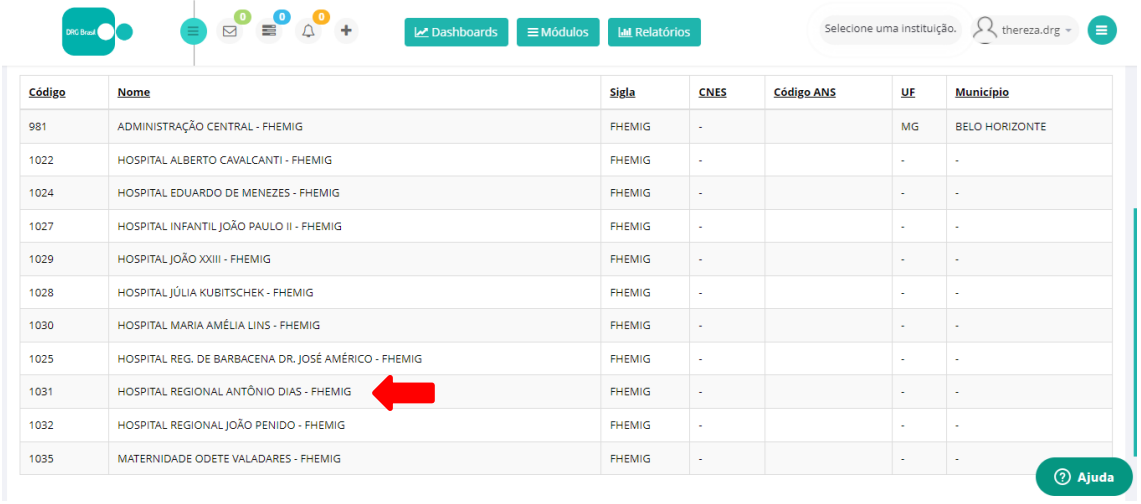
NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.4 – TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS
Descrição	Mede a incidência de condições infecciosas graves adquiridas durante a internação hospitalar, identificadas a partir da classificação por DRG (Diagnosis Related Groups) e/ou registros clínicos, em relação ao total de pacientes internados no período. O indicador avalia a qualidade e segurança da assistência prestada, refletindo a ocorrência de infecções graves potencialmente evitáveis relacionadas ao cuidado em saúde. Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	As condições adquiridas durante a internação, especialmente as infecciosas graves, são reconhecidas internacionalmente como importantes eventos adversos, impactando diretamente: • A morbimortalidade dos pacientes • O tempo de permanência hospitalar • Os custos assistenciais • A qualidade e segurança do cuidado A análise baseada em DRG permite identificar essas condições com maior precisão, considerando: • Diagnósticos secundários • Complicações e comorbidades (CC e MCC) • Ajuste de risco dos pacientes Esse indicador está alinhado às diretrizes de segurança do paciente e às recomendações da Organização Mundial da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que enfatizam a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) como prioridade global.
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa de CAs graves infecciosas = (Número de pacientes com condições infecciosas graves adquiridas / Total de pacientes internados no período) x 100. Onde: • pacientes com condições infecciosas graves adquiridas: são aqueles pacientes que apresentaram c**ondições infecciosas graves adquiridas (**infecções não presentes na admissão, desenvolvidas durante a internação, tais como: Sepse associada à assistência, Pneumonia associada à ventilação mecânica, Infecção de corrente sanguínea, Infecção do trato urinário associada a um cateter). Devem ser identificadas por: Registro clínico validado; ou Classificação DRG com presença de complicações infecciosas (CC/MCC). • Total de pacientes internados: número de pacientes que possuem

<table>
<tr><td></td><td>Autorização de Internação Hospitalar no período</td></tr>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Resultado da Taxa de CAs graves infecciosas para o período avaliado.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Percentual</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Plataforma DRG Brasil - Analytics – Gestão Baseada em Valor – Oportunidades Assistenciais – CAs graves infecciosas Observadas X Previstas</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Menor Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = [1 - (Resultado - Meta) / Meta)] x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="28">TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES INFECCIOSAS</td><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,</td><td>OUT/26</td><td>9° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>NOV/26, DEZ/26, JAN//27</td><td>JAN/ 27</td><td>10° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>FEV//27, MAR//27, ABR//27</td><td>ABR/27</td><td>11° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>MAI//27, JUN/27, JUL/27</td><td>JUL/27</td><td>12° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JUL/27, AGO/27, SET/27</td><td>AGO/27, SET/27, OUT/27</td><td>OUT/27</td><td>13° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>OUT/27, NOV/27, DEZ/27</td><td>NOV/27, DEZ/27, JAN/28</td><td>JAN/28</td><td>14° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JAN/28, FEV/28, MAR/28</td><td>FEV/28, MAR/28, ABR/28</td><td>ABR/28</td><td>15° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>ABR/28, MAI/28, JUN/28</td><td>MAI/28, JUN/28, JUL/28</td><td>JUL/28</td><td>16° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JUL/28, AGO/28, SET/28</td><td>AGO/28, SET/28, OUT/28</td><td>OUT/28</td><td>17° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>OUT/28, NOV/28, DEZ/28</td><td>NOV/28, DEZ/28, JAN/29</td><td>JAN/29</td><td>18° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JAN/29, FEV/29, MAR/29</td><td>FEV/29, MAR/29, ABR/29</td><td>ABR/29</td><td>19° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>ABR/29, MAI/29, JUN/29</td><td>MAI/29, JUN/29, JUL/29</td><td>JUL/29</td><td>20° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JUL/29, AGO/29, SET/29</td><td>AGO/29, SET/29, OUT/29</td><td>OUT/29</td><td>21° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>OUT/29, NOV/29, DEZ/29</td><td>NOV/29, DEZ/29, JAN/30</td><td>JAN/30</td><td>22° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JAN/30, FEV/30, MAR/30</td><td>FEV/30, MAR/30, ABR/30</td><td>ABR/30</td><td>23° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>ABR/30, MAI/30, JUN/30</td><td>MAI/30, JUN/30, JUL/30</td><td>JUL/30</td><td>24° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JUL/30, AGO/30, SET/30</td><td>AGO/30, SET/30, OUT/30</td><td>OUT/30</td><td>25° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>OUT/30, NOV/30, DEZ/30</td><td>NOV/30, DEZ/30, JAN/31</td><td>JAN/31</td><td>26° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JAN/31, FEV/31, MAR/31</td><td>FEV/31, MAR/31, ABR/31</td><td>ABR/31</td><td>27° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>ABR/31, MAI/31</td><td>MAI/31, JUN/31</td><td>JUL/31</td><td>28° PA</td><td>≤100%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>
<table>
<tr><th>ANO</th><th>TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS (média mensal)</th></tr>
<tr><td>2022</td><td>154,74 %</td></tr>
<tr><td>2023</td><td>82,74%</td></tr>
<tr><td>2024</td><td>57,85 %</td></tr>
<tr><td>2025</td><td>63,84 %</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Referências para o cálculo das metas Pactuadas</td><td>1. IAG SAÚDE. DRG Brasil: fundamentos e aplicação do sistema de grupos de diagnóstico relacionados. [S.l.]: IAG Saúde, 2025.</td></tr>
</table>

3.4.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO 3.4 – TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS

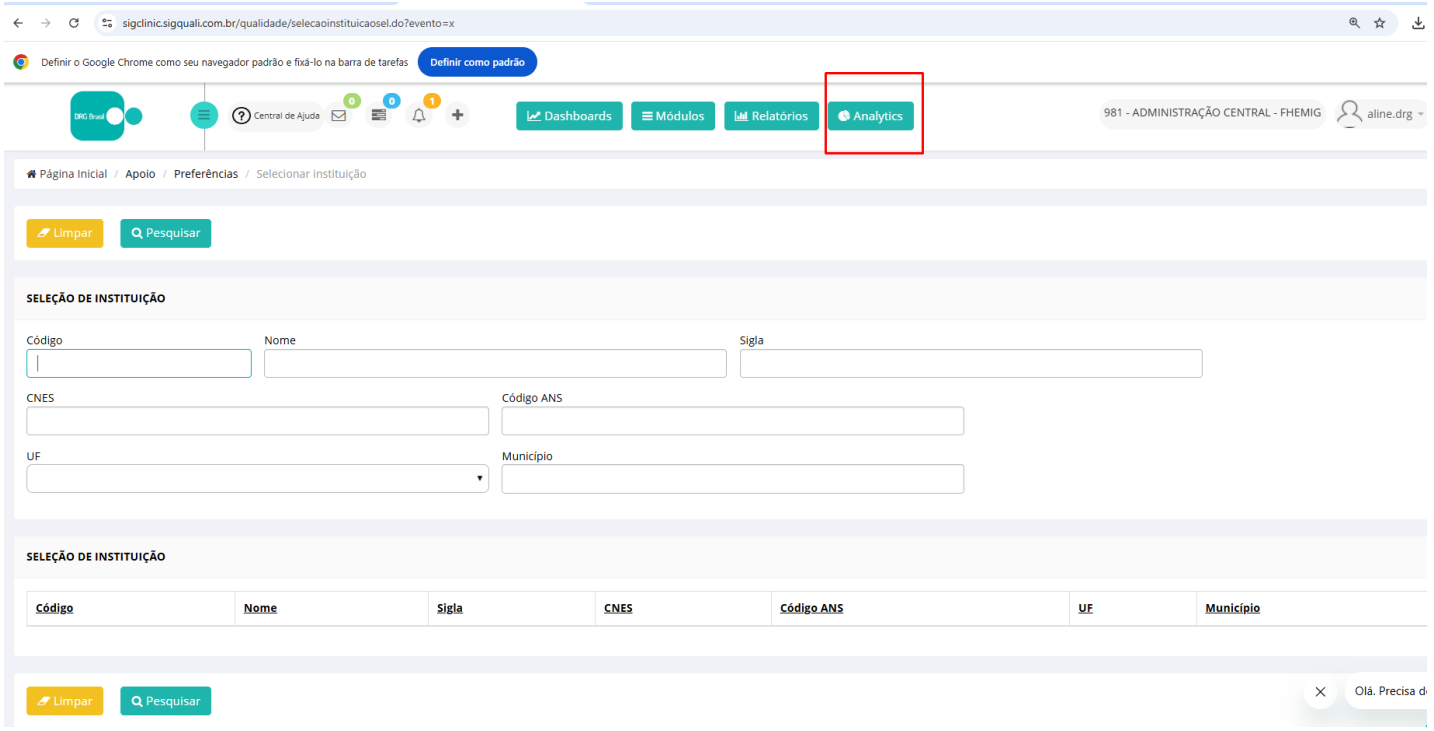
ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG,** se unidade; **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – FHEMIG,** se equipe de monitoramento:

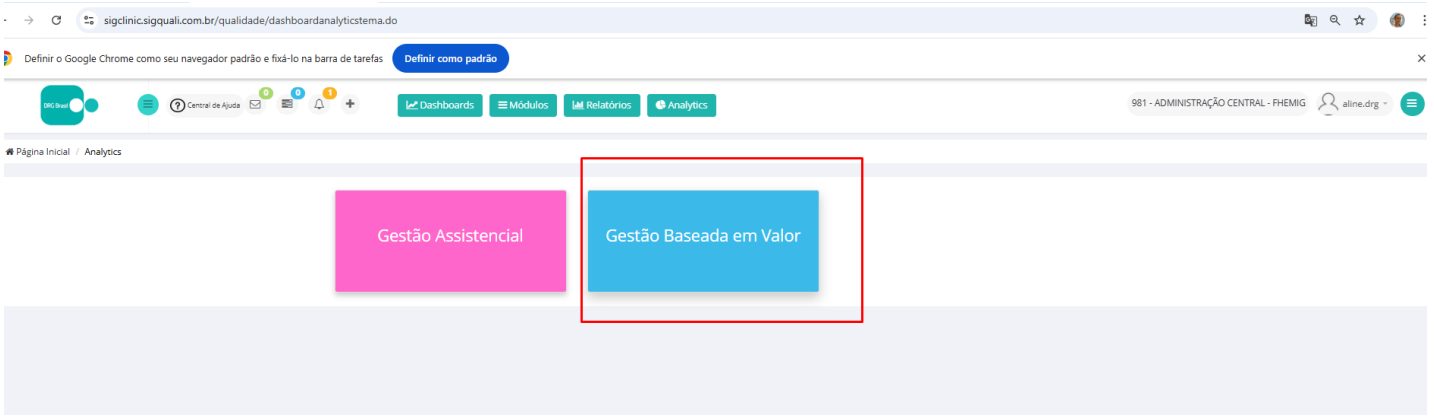


Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

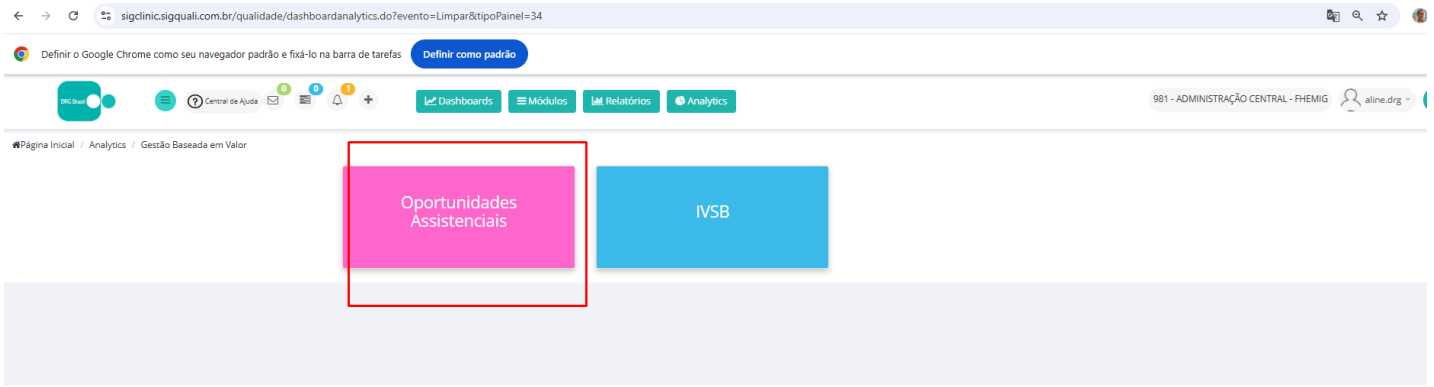
3. Na página seguinte, selecionar: ANALYTICS:



4. Clicar em “Gestão Baseada em Valor”:



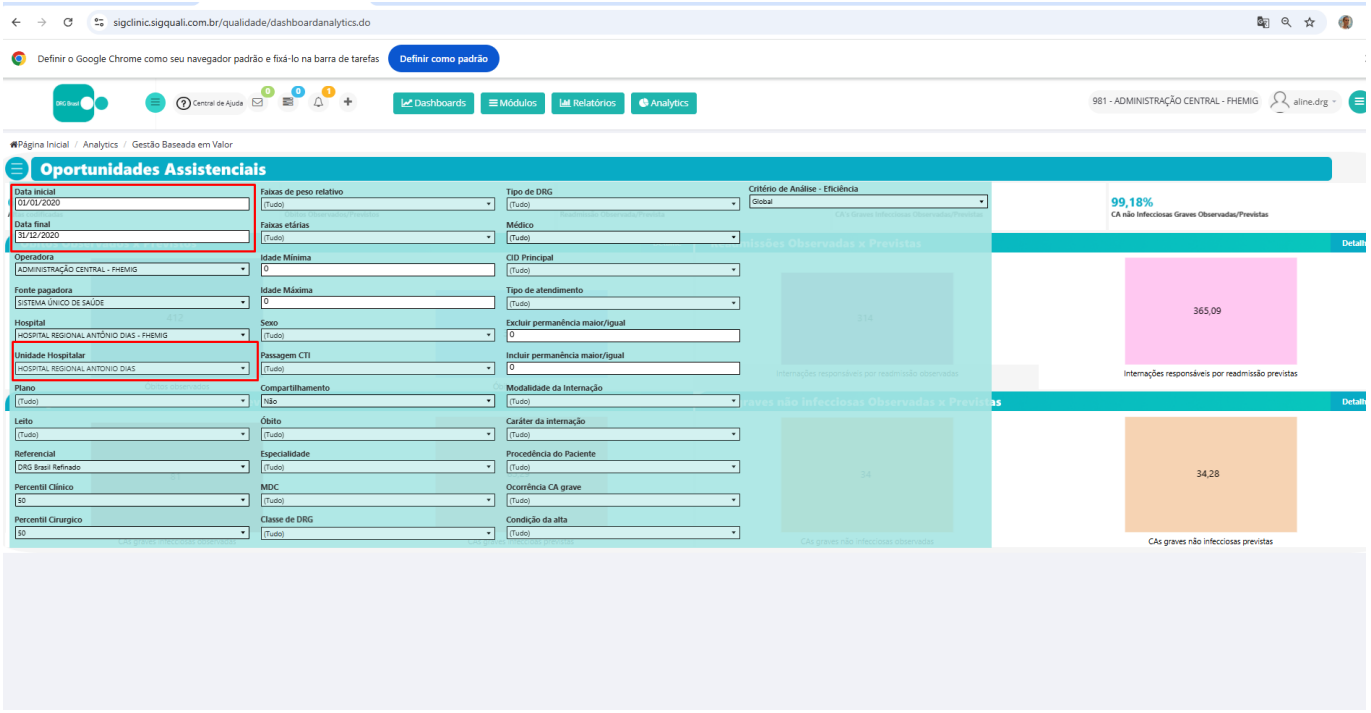
5. Selecione a opção “Oportunidades Assistenciais”



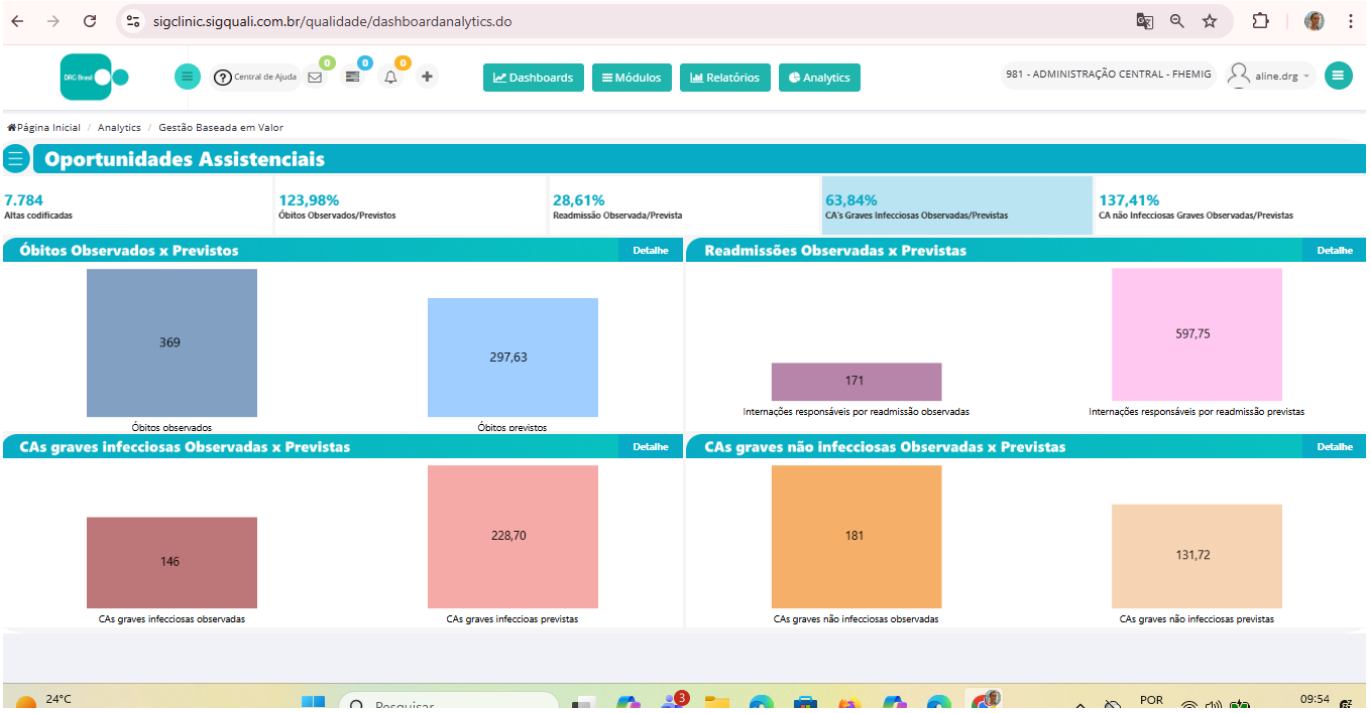
6. Na página seguinte, proceder aos filtros e clicar em “aplicar”:

PARÂMETROS:

- Data inicial: informe a data inicial para apuração.
- Data final: informe a data final para apuração.
- Unidade Hospitalar: informe o nome do hospital.



7. Analisar o valor encontrado para o campo **“CAs graves infeciosas Observadas X Previstas”**:



Obs: O valor informado no campo “Observado”, deverá ser menor, do que o valor informado em campo “Previsto”).

3.5 TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES NÃO INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS

3.5.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.5 – TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES NÃO INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.5 – TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES NÂO INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS
Descrição	Mede a incidência de condições não infecciosas graves adquiridas durante a internação hospitalar, identificadas a partir da classificação por DRG (Diagnosis Related Groups) e/ou registros clínicos, em relação ao total de pacientes internados no período. O indicador avalia a qualidade e segurança da assistência prestada, refletindo a ocorrência de condições adquiridas não infecciosas graves potencialmente evitáveis relacionadas ao cuidado em saúde. Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	As condições adquiridas durante a internação hospitalar, não relacionadas a processos infecciosos, representam eventos adversos relevantes que impactam diretamente a segurança do paciente, a qualidade da assistência e os custos em saúde. Entre essas condições destacam-se, por exemplo, lesões por pressão, eventos tromboembólicos, quedas com dano, complicações cirúrgicas, eventos adversos medicamentosos e insuficiências orgânicas não presentes na admissão. A utilização do sistema de classificação por Diagnosis Related Groups (DRG) permite a identificação dessas condições por meio da análise de diagnósticos secundários e da presença de complicações e comorbidades classificadas como CC (Complications/Comorbidities) e MCC (Major Complications/Comorbidities). Além disso, possibilita diferenciar condições presentes na admissão daquelas adquiridas durante a internação, favorecendo maior acurácia na mensuração de eventos adversos. A análise baseada em DRG contribui para: • Ajuste de risco clínico dos pacientes (case mix), permitindo comparações mais justas entre serviços • Identificação de padrões de ocorrência de eventos adversos não infecciosos • Avaliação do impacto dessas condições no tempo de permanência e nos custos assistenciais • Monitoramento da qualidade assistencial e da segurança do paciente • Apoio à tomada de decisão gerencial e clínica baseada em dados Esse indicador está alinhado às recomendações internacionais de segurança do paciente, como as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, e às políticas nacionais de qualidade e segurança, incluindo iniciativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde. Dessa forma, o monitoramento sistemático das condições adquiridas não infecciosas com base em DRG fortalece a governança clínica, promove a cultura de segurança e contribui para a melhoria contínua dos processos

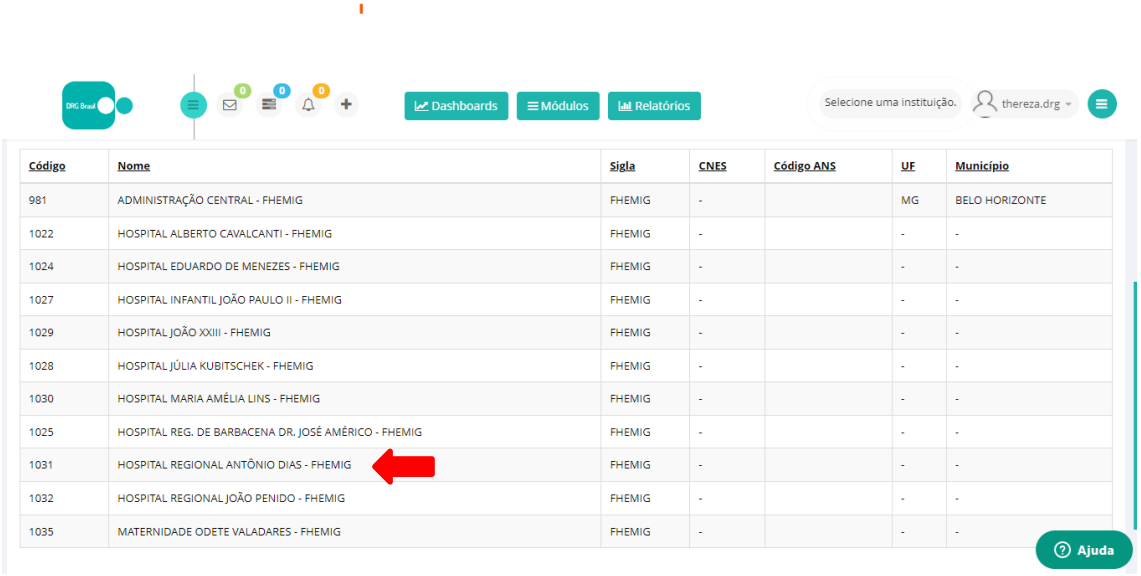
<table>
<tr><td></td><td>assistenciais.</td></tr>
<tr><td>Fórmula de cálculo do indicador</td><td>Taxa de CAs graves não infecciosas = (Número de pacientes com condições não infecciosas graves adquiridas / Total de pacientes internados no período) x 100.
Onde:
pacientes com condições não infecciosas graves adquiridas: são aqueles pacientes que apresentaram condições adquiridas graves sem contexto infeccioso
Total de pacientes internados: número de pacientes que possuem Autorização de Internação Hospitalar no período</td></tr>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Resultado da Taxa de CAs graves não infecciosas para o período avaliado.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Percentual</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Plataforma DRG Brasil - Analytics – Gestão Baseada em Valor – Oportunidades Assistenciais – CAs graves não infecciosas Observadas X Previstas</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Menor Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = [1 - (Resultado - Meta) / Meta)] x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="28">TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES NÃO INFECCIOSAS</td><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,</td><td>OUT/26</td><td>9° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>NOV/26, DEZ/26, JAN//27</td><td>JAN/ 27</td><td>10° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>FEV//27, MAR//27, ABR//27</td><td>ABR/27</td><td>11° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>MAI//27, JUN/27, JUL/27</td><td>JUL/27</td><td>12° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JUL/27, AGO/27, SET/27</td><td>AGO/27, SET/27, OUT/27</td><td>OUT/27</td><td>13° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>OUT/27, NOV/27, DEZ/27</td><td>NOV/27, DEZ/27, JAN/28</td><td>JAN/28</td><td>14° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JAN/28, FEV/28, MAR/28</td><td>FEV/28, MAR/28, ABR/28</td><td>ABR/28</td><td>15° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>ABR/28, MAI/28, JUN/28</td><td>MAI/28, JUN/28, JUL/28</td><td>JUL/28</td><td>16° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JUL/28, AGO/28, SET/28</td><td>AGO/28, SET/28, OUT/28</td><td>OUT/28</td><td>17° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>OUT/28, NOV/28, DEZ/28</td><td>NOV/28, DEZ/28, JAN/29</td><td>JAN/29</td><td>18° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JAN/29, FEV/29, MAR/29</td><td>FEV/29, MAR/29, ABR/29</td><td>ABR/29</td><td>19° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>ABR/29, MAI/29, JUN/29</td><td>MAI/29, JUN/29, JUL/29</td><td>JUL/29</td><td>20° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JUL/29, AGO/29, SET/29</td><td>AGO/29, SET/29, OUT/29</td><td>OUT/29</td><td>21° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>OUT/29, NOV/29, DEZ/29</td><td>NOV/29, DEZ/29, JAN/30</td><td>JAN/30</td><td>22° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JAN/30, FEV/30, MAR/30</td><td>FEV/30, MAR/30, ABR/30</td><td>ABR/30</td><td>23° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>ABR/30, MAI/30, JUN/30</td><td>MAI/30, JUN/30, JUL/30</td><td>JUL/30</td><td>24° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JUL/30, AGO/30, SET/30</td><td>AGO/30, SET/30, OUT/30</td><td>OUT/30</td><td>25° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>OUT/30, NOV/30, DEZ/30</td><td>NOV/30, DEZ/30, JAN/31</td><td>JAN/31</td><td>26° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>JAN/31, FEV/31, MAR/31</td><td>FEV/31, MAR/31, ABR/31</td><td>ABR/31</td><td>27° PA</td><td>≤100%</td></tr>
<tr><td>ABR/31, MAI/31</td><td>MAI/31, JUN/31</td><td>JUL/31</td><td>28° PA</td><td>≤100%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>
<table>
<tr><th>ANO</th><th>TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES NÃO INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS (média mensal)</th></tr>
<tr><td>2022</td><td>172,24%</td></tr>
<tr><td>2023</td><td>193,25%</td></tr>
<tr><td>2024</td><td>173,13%</td></tr>
<tr><td>2025</td><td>137,41 %</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Referências para o cálculo das metas Pactuadas</td><td>1. IAG SAÚDE. DRG Brasil: fundamentos e aplicação do sistema de grupos de diagnóstico relacionados. [S.l.]: IAG Saúde, 2025.</td></tr>
</table>

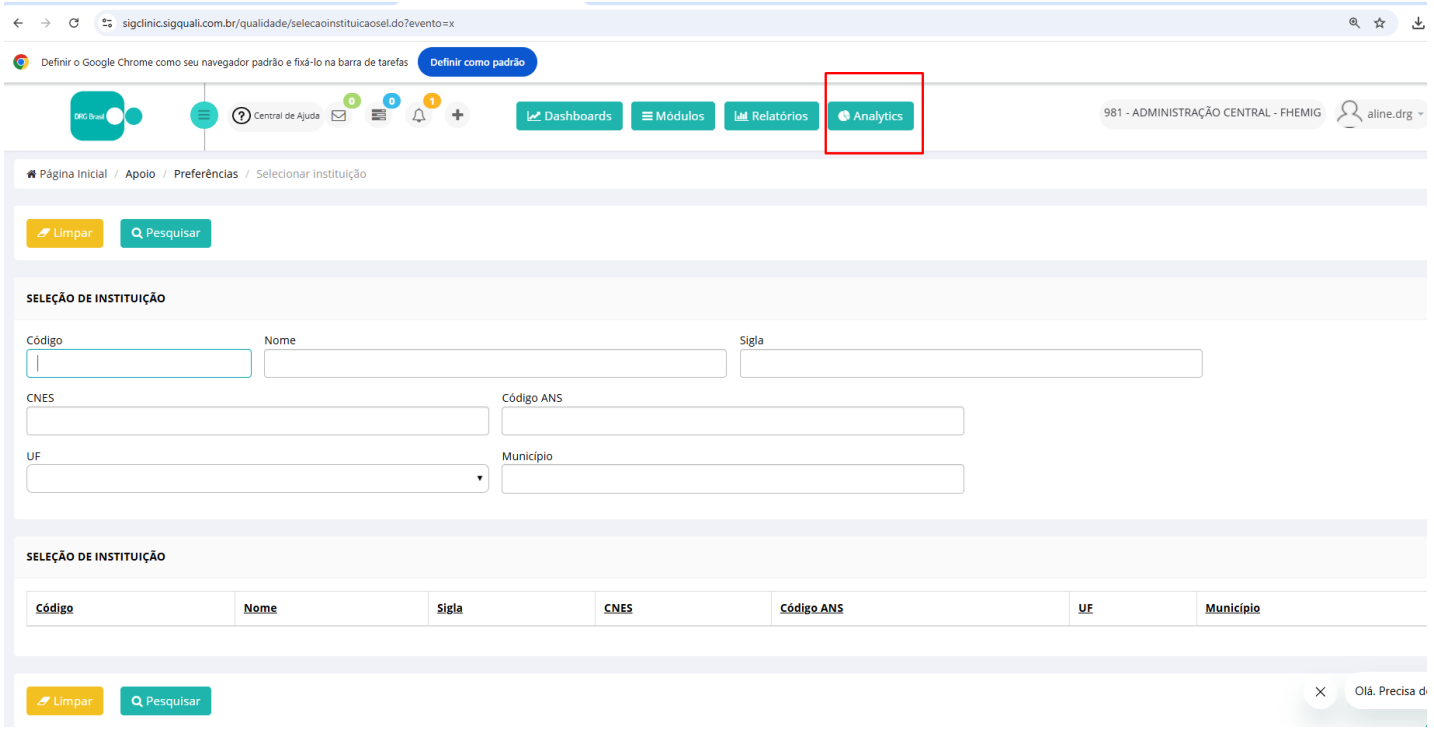
3.5.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO 3.5 – TAXA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES NÃO INFECCIOSAS OBSERVADAS X PREVISTAS

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

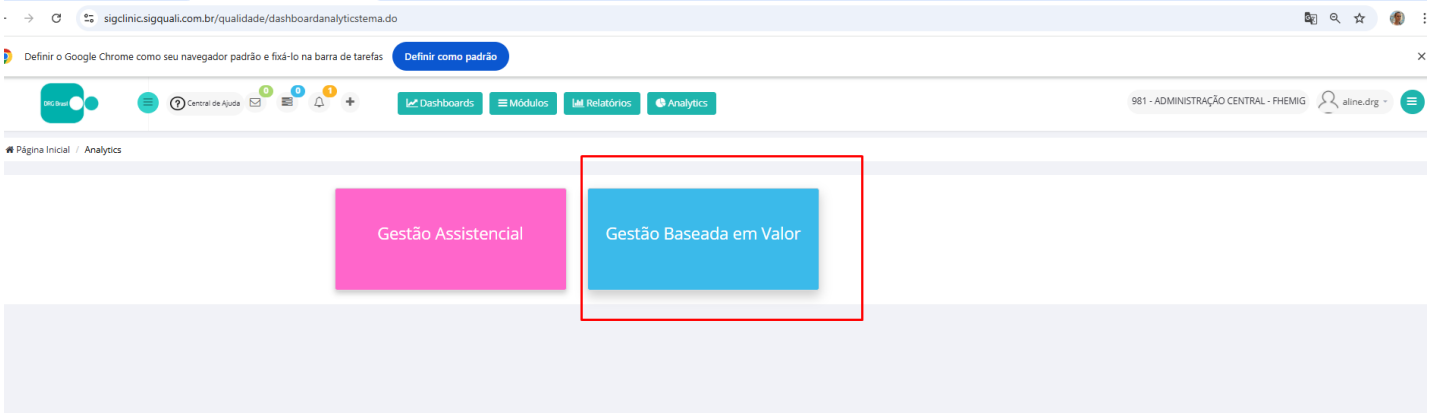
1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG,** se unidade; **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – FHEMIG,** se equipe de monitoramento:



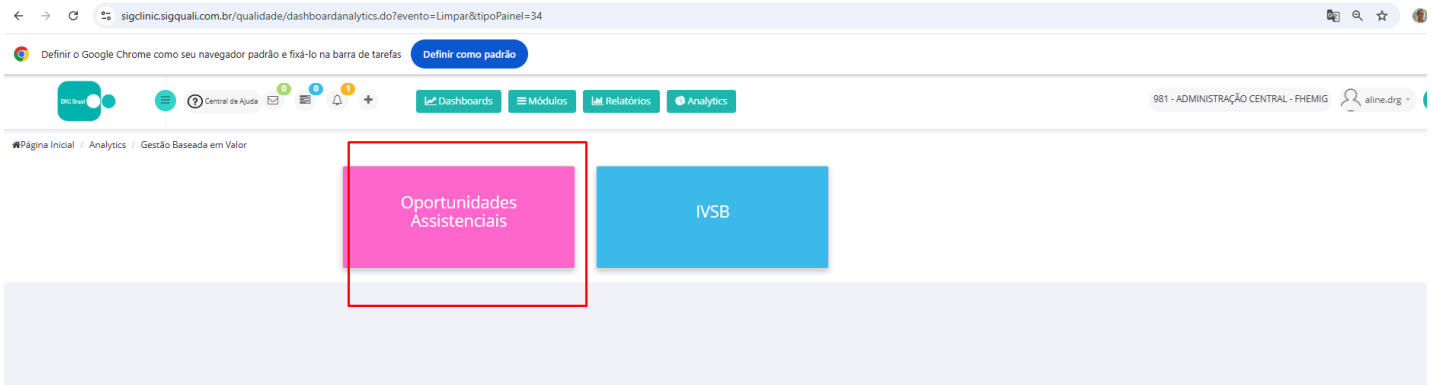
3. Na página seguinte, selecionar: ANALYTICS:



4. Clicar em “Gestão Baseada em Valor”:



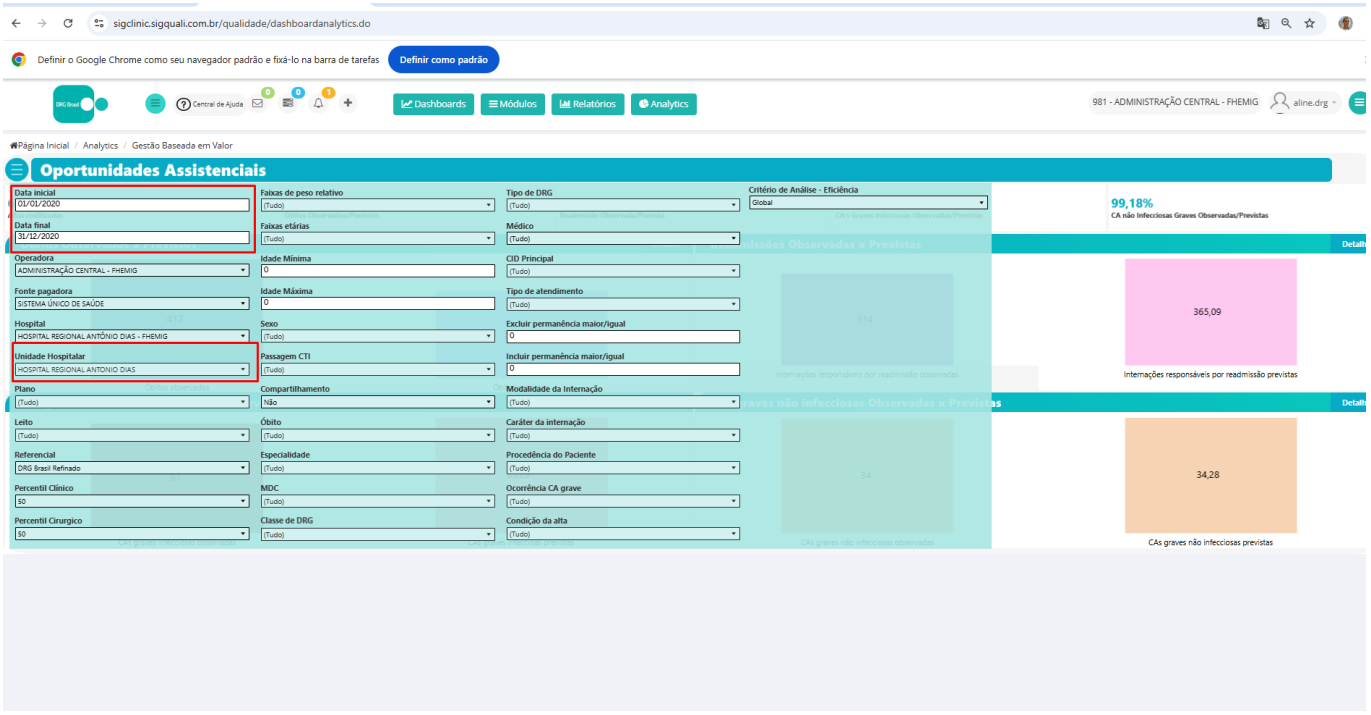
5. Selecione a opção “Oportunidades Assistenciais”



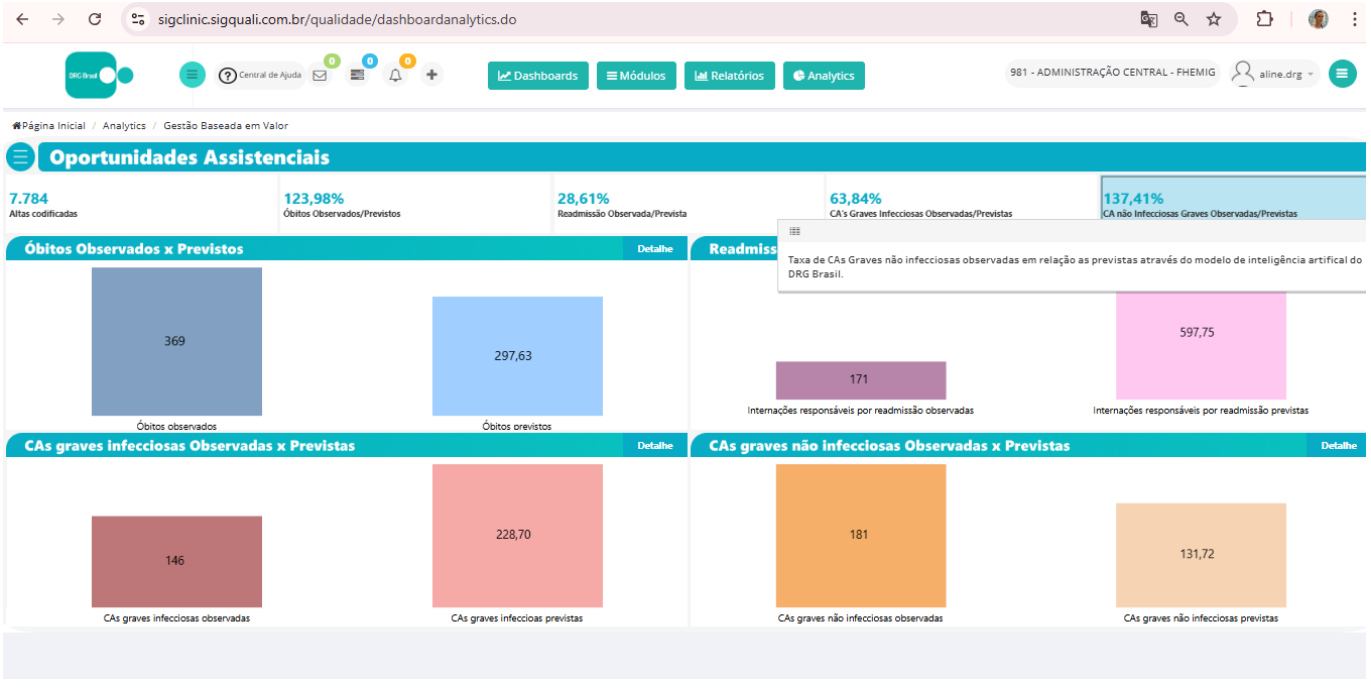
6. Na página seguinte, proceder aos filtros e clicar em “aplicar”:

PARÂMETROS:

- Data inicial: informe a data inicial para apuração.
- Data final: informe a data final para apuração.
- Unidade Hospitalar: informe o nome do hospital.



7. Analisar o valor encontrado para o campo **“CAs graves NÃO infeciosas Observadas X Previstas”**:



Obs: O valor informado no campo “Observado”, deverá ser menor, do que o valor informado em campo “Previsto”).

3.6 CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE CASE MIX

3.6.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.6 – MEDIDA DE CASE MIX

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.6 – MEDIDA DE CASE MIX
Descrição	Este indicador avalia a complexidade dos pacientes clínicos e cirúrgicos atendidos no período. Esta medida pode ser geral ou desagregada em componente clínico e cirúrgico. No caso em questão, será utilizado o case mix geral. Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	Avalia a complexidade dos pacientes clínicos e cirúrgicos atendidos no período. Reduções sistemáticas podem sugerir desvio que busca seleção de pacientes de menor complexidade, enquanto, elevações sistemáticas podem sugerir a opção por pacientes de maior complexidade, visando maior remuneração por caso, ou codificação supervalorada. A adoção de tal indicador visa o monitoramento mensal da manutenção do perfil assistencial da Unidade, evitando que haja a “seleção” de pacientes menos complexos, o que poderia levar à desassistência ao território.
Fórmula de cálculo do indicador	Medida de Case Mix mensal = Somatório de todos os pesos (calculado pelo software DRG-Brasil)
Resultado no período avaliado	Resultado da medida de Case Mix Geral para o período avaliado (trimestre).
Unidade de medida	Número absoluto
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	DRG-Brasil.
Polaridade	Maior melhor
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 - Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
CASE MIX	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	≥1,36
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	≥1,36
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	≥1,36
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	≥1,36
	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	≥1,36
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	≥1,36
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	≥1,36
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	≥1,36
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	≥1,36
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	≥1,36
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	≥1,36
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	≥1,36
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	≥1,36
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	≥1,36
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	≥1,36
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	≥1,36
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	≥1,36
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≥1,36
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≥1,36
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≥1,36

Linha de base atualizada

PERÍODO	CASE MIX (média mensal)
2022	1,14
2023	1,21
2024	1,34
2025	1,36

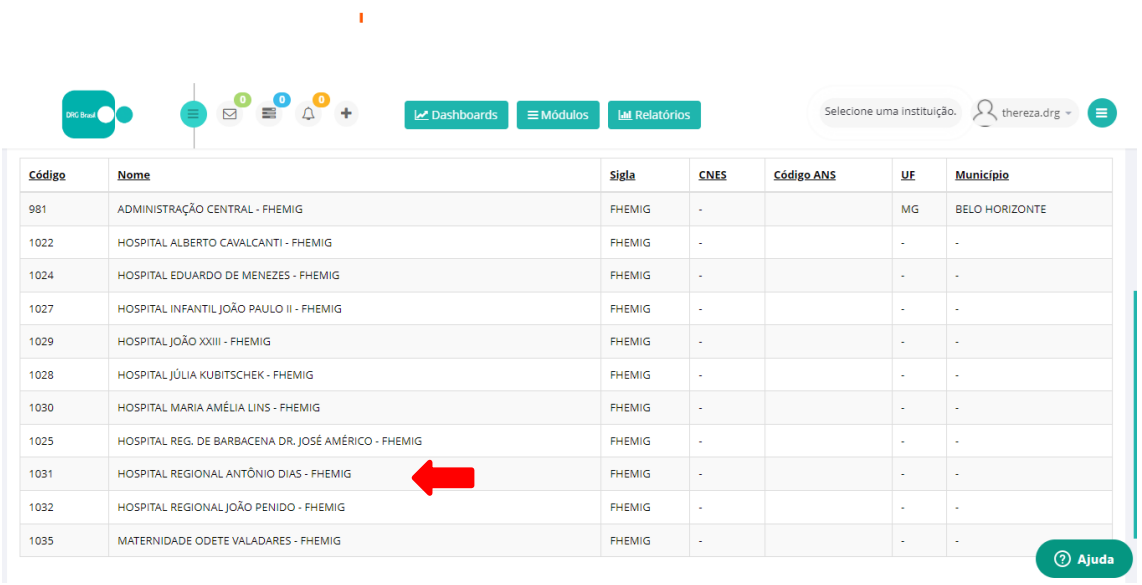
Referências para o cálculo das metas Pactuadas

IAG SAÚDE. DRG Brasil: metodologia de cálculo do case mix e complexidade assistencial. [S.l.]: IAG Saúde, 2025. Disponível em: https://suporte.grupoiagsaude.com.br. Acesso em: 9 abr. 2026.

3.6.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.6 – MEDIDA DE CASE MIX

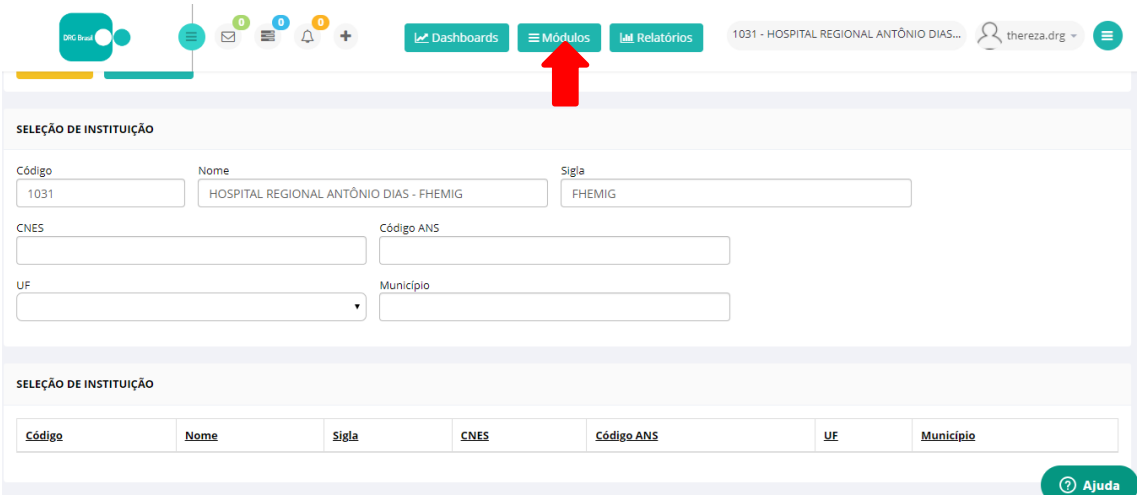
ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG - BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG,** se unidade; **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – FHEMIG,** se equipe de monitoramento:

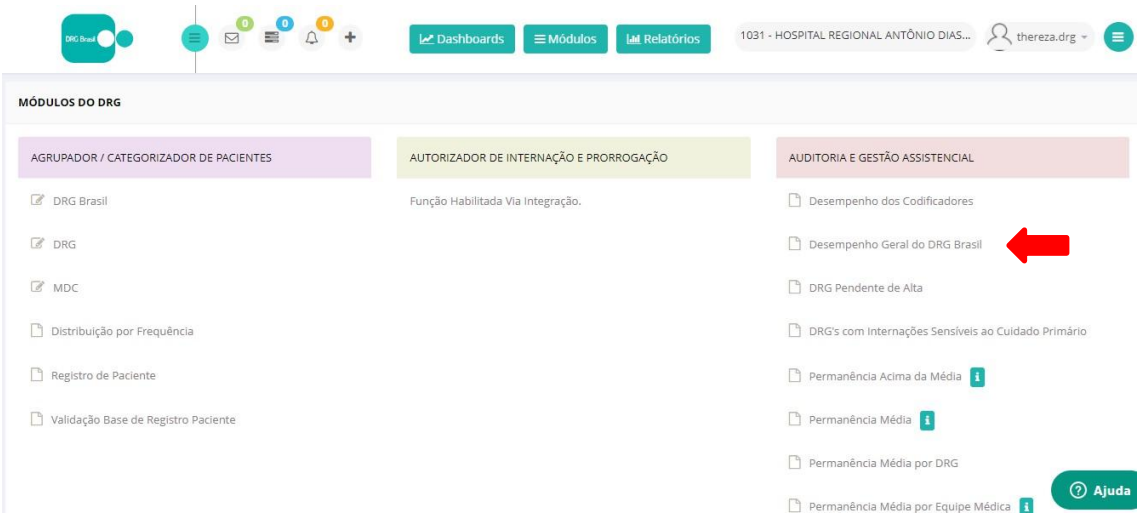


Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

3. Na página seguinte, selecionar: MÓDULOS:



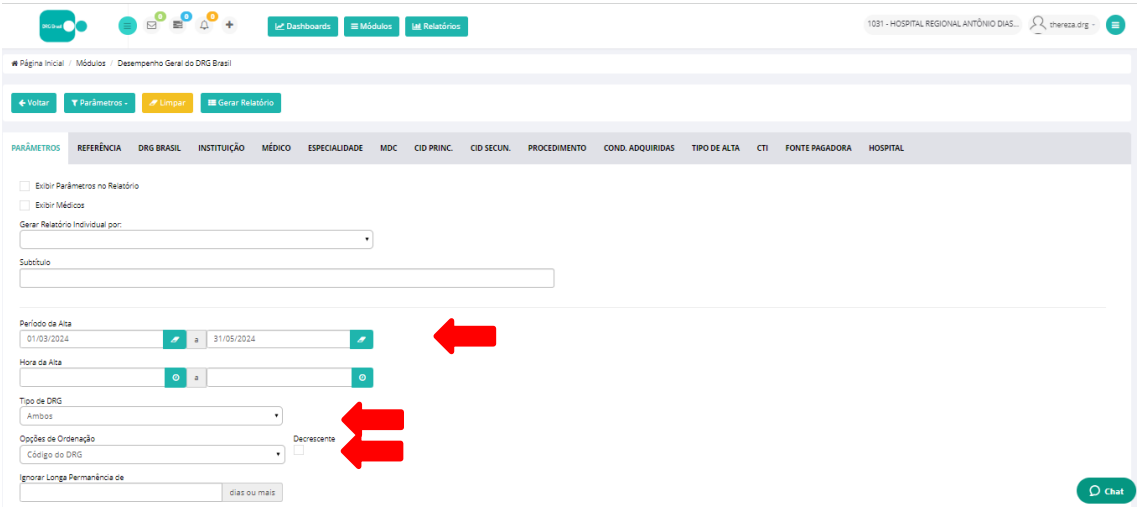
4. Na próxima página, selecionar: **DESEMPENHO GERAL DO DRG BRASIL**:

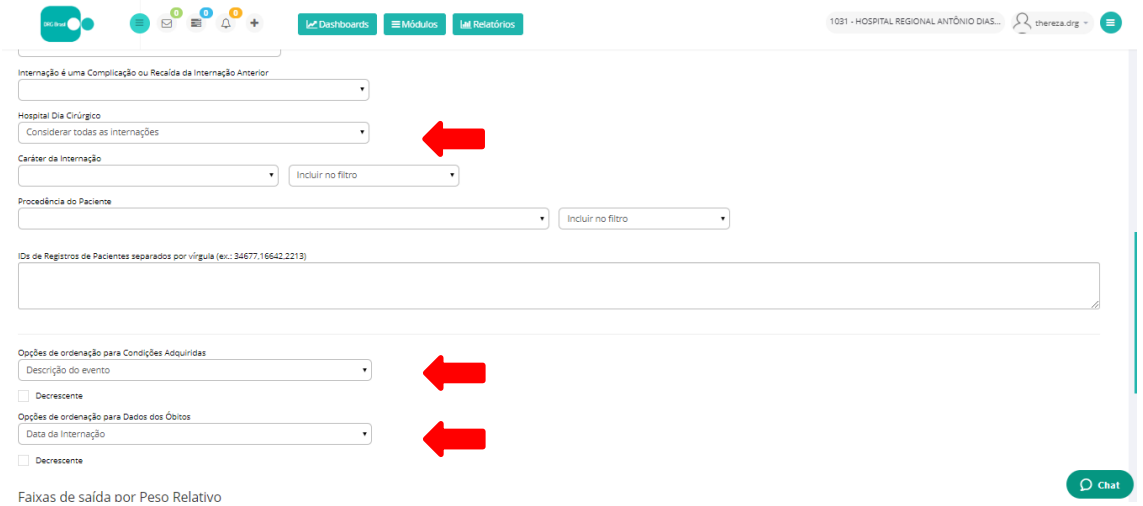


5. Na página seguinte, proceder aos filtros:

PARÂMETROS:

- Período da Alta: Incluir o período do trimestre a ser avaliado
- Tipo de DRG: “ambos”
- Opções de Ordenação: “Código do DRG”
- Hospital Dia Cirúrgico: “Considerar todas as internações”
- Opções de ordenação para Condições Adquiridas: “Descrição do evento”
- Opções de ordenação para Dados dos Óbitos: “Data da internação”





REFERÊNCIA:

- Fonte: DRG Brasil Refinado

6. Em seguida clicar em: **GERAR RELATÓRIO:**
7. Um relatório em PDF será gerado e as informações sobre o indicador supramencionado constará nele, conforme abaixo.

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG 13/06/24 - 08:16

Período: 01/03/2024 a 31/05/2024

Dados Gerais

Registros de saídas:	2.103	
Média mês:	701,00	Saídas
Cirúrgicos:	1.130	(53,73 %)
Clínicos:	973	(46,27 %)
Case Mix Global:	1,4394	
Case Mix Clínico:	1,0971	
Case Mix Cirúrgico:	1,7342	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias: (qtde de internações responsáveis por recaídas / total de internações) x 100	24	(1,19 %) **
Mortalidade global:	92	(4,37 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	7	(0,49 %)
Incidência de Cesárea:	180	(58,44 %)
DRG 999 (não definido):	0	(0,00 %) *
Pós MDC	4	(0,19 %) *

* O total de saídas do DRG 999 não faz parte das avaliações de desempenho nas demais páginas do relatório.

** Uma vez que o indicador se refere a readmissões em até 30 dias, foram consideradas apenas as altas ocorridas 30 dias antes da data da geração do relatório

Desempenho Geral do DRG Brasil

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG 13/06/24 - 08:16

Período: 01/03/2024 a 31/05/2024

DRG Brasil

Desempenho Geral

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

01/03/2024 a 31/05/2024

3.7 CUMPRIMENTO DA TAXA DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

3.7.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.7 – TAXA DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.7 – TAXA DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON
Descrição	Mede o percentual de partos realizados na instituição que foram devidamente classificados segundo os 10 grupos da Classificação de Robson, com possibilidade de análise estratificada por DRG obstétrico. O indicador avalia a qualidade do registro, adesão ao protocolo obstétrico e capacidade de monitoramento do perfil assistencial, permitindo análise crítica das taxas de cesariana e da complexidade dos casos atendidos.
Fundamentação	A Classificação de Robson é recomendada pela Organização Mundial da Saúde como padrão internacional para monitoramento e comparação das taxas de cesariana, baseada em características obstétricas objetivas (paridade, idade gestacional, início do trabalho de parto, apresentação fetal, número de fetos e histórico obstétrico). A integração com Diagnosis Related Groups (DRG) permite: • Ajuste de risco e complexidade dos casos • Avaliação do perfil assistencial obstétrico • Identificação de variações na prática clínica • Apoio à gestão baseada em valor e eficiência Esse indicador contribui diretamente para melhoria da qualidade assistencial, segurança materno-infantil e governança clínica. O resultado reflete a proporção de gestantes em determinada categoria da Classificação de Robson. Em 2011, a OMS promoveu uma revisão sistemática das metodologias existentes para classificar cesáreas e chegou à conclusão de que a Classificação de Robson seria o sistema mais apropriado. A partir desta conclusão, a OMS recomendou que a Classificação de Robson deveria ser adotada internacionalmente, contribuindo para as atividades clínicas e de gestão, permitindo a comparação e a análise das taxas de cesáreas dentro e entre os diferentes grupos de gestantes. Na Classificação de Robson, todas gestantes são classificadas em um dentre os 10 grupos, criados a partir de cinco características obstétricas que são colhidas de rotina em todas maternidades: • Paridade: nulípara (1ª gestação) ou multípara com e sem cesárea anterior; • Início do parto: espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto; • Idade gestacional: pré-termo ou termo; • Apresentação/situação fetal: cefálica, pélvica ou transversa; e • Número de fetos: único ou múltiplo. A Classificação de Robson abrange os seguintes grupos: • Grupo 1: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo; • Grupo 2: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; • Grupo 3: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;

	• Grupo 4: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; • Grupo 5: Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas; • Grupo 6: Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica; • Grupo 7: Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es); • Grupo 8: Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es); • Grupo 9: Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es); • Grupo 10: Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa de Classificação de Robson = (Número de partos com classificação de Robson registrada / Número total de partos no período) x 100. Onde: • Partos com classificação: são aqueles partos realizados, que constam aplicação da escala de Robson • Total de partos: número de partos realizados no período
Resultado no período avaliado	Resultado da Taxa de Classificação de Robson para o período avaliado.
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Plataforma DRG Brasil - Analytics – Gestão Assistencial - Parto Adequado - Taxa de Classificação de Robson
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
TAXA DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	≥ 95%
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	≥ 95%
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	≥ 95%
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	≥ 95%
	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	≥ 95%
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	≥ 95%
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	≥ 95%
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	≥ 95%
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	≥ 95%
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	≥ 95%
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	≥ 95%
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	≥ 95%
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	≥ 95%
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	≥ 95%
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	≥ 95%
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	≥ 95%
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	≥ 95%
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≥ 95%
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≥ 95%
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≥ 95%

Linha de base atualizada

ANO	Taxa de Classificação de Robson (média mensal)
2022	94,53%
2023	97,28%
2024	92,06%
2025	92,05%

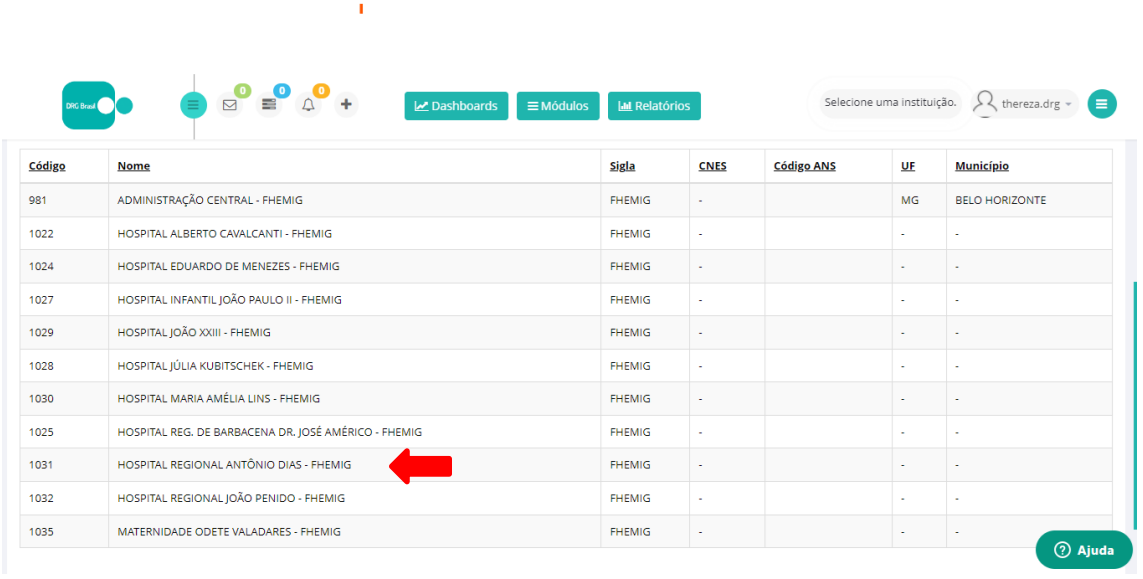
Referências para o cálculo das metas Pactuadas

1.Manual Parto adequado. Disponível em: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/visualizardocumento.do?token=613b1c76725e1a726608422d1f220c4b4a2f735f1846276b3467651f5b6e1814721e79194c280%20590f36042e acesso em 03 de março de 2026

3.7.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.7 – TAXA DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

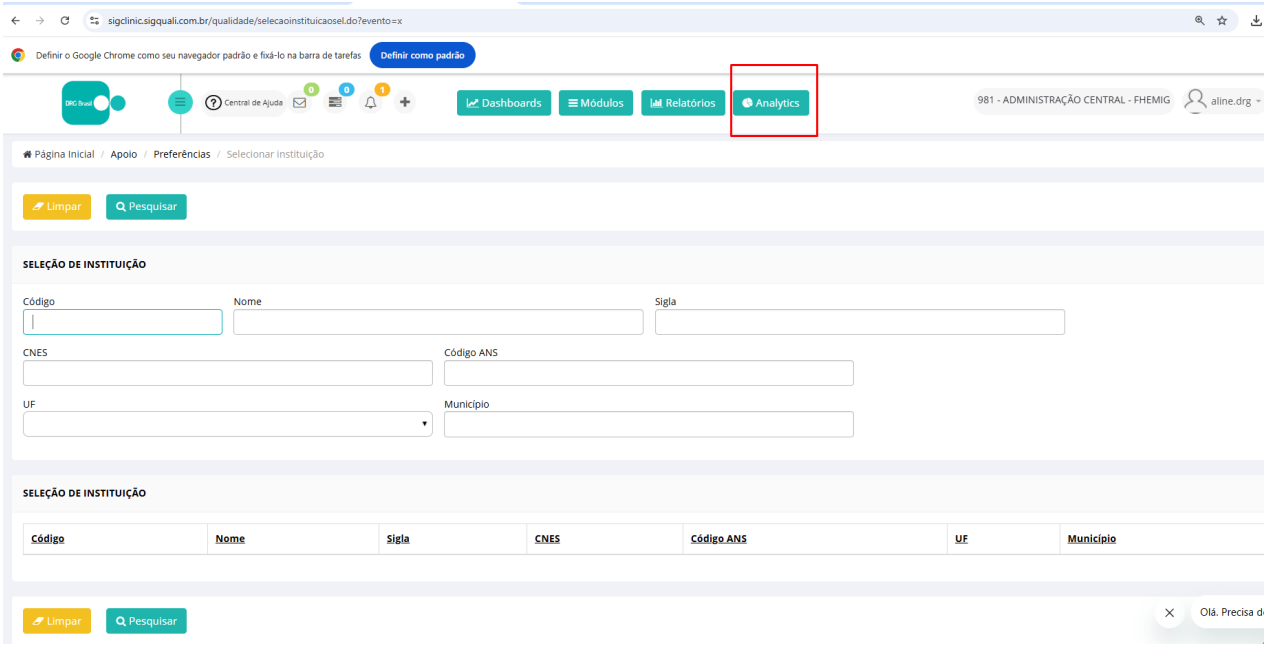
ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG,** se unidade, **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – FHEMIG,** se equipe de monitoramento:



Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

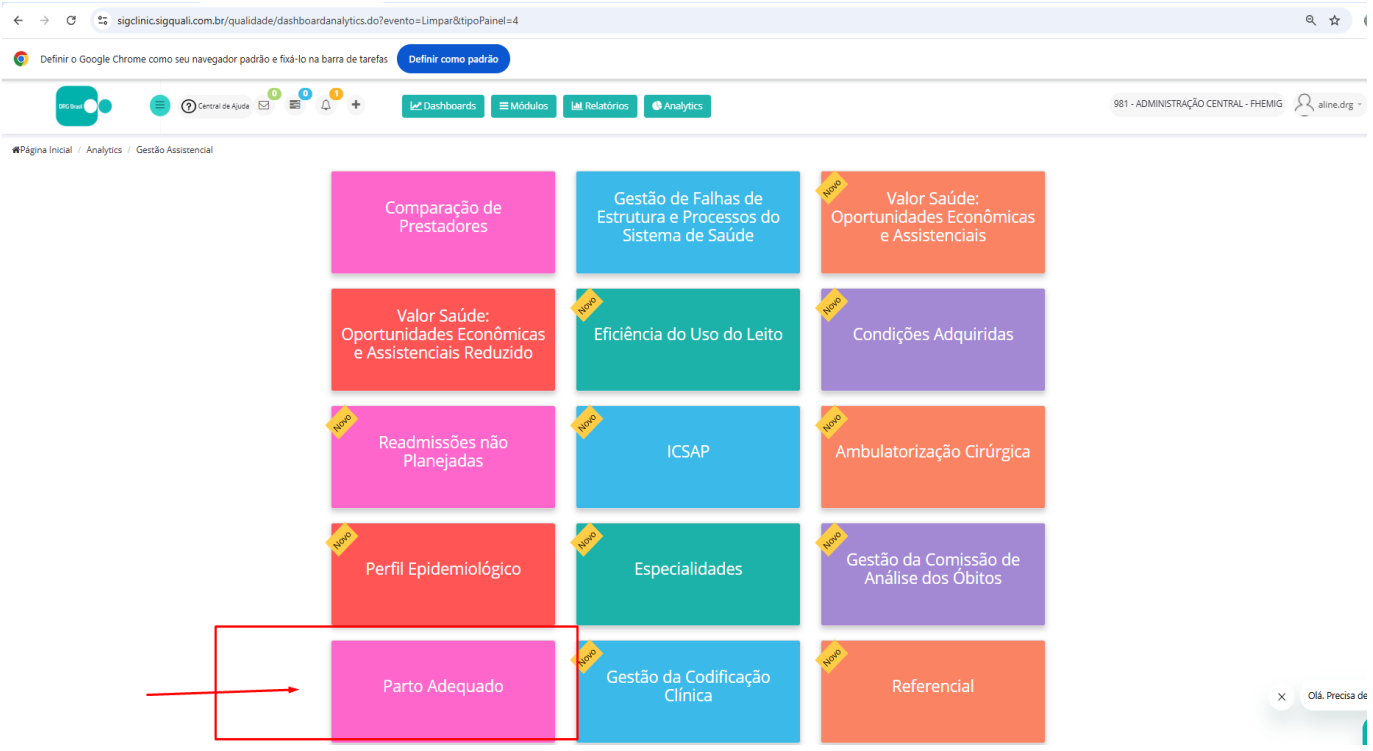
3. Na página seguinte, selecionar: **ANALYTICS**:



4. Clicar em “Gestão Assistencial”:



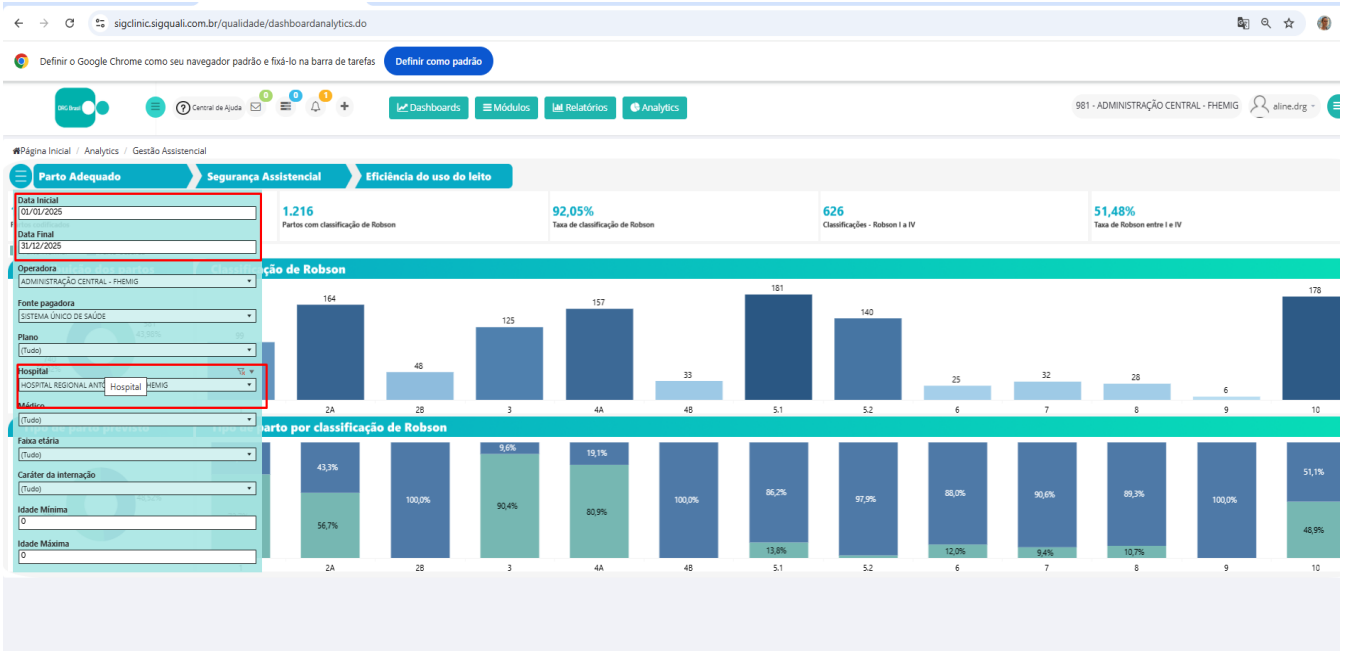
5. Selecione a opção “**Parto Adequado**”



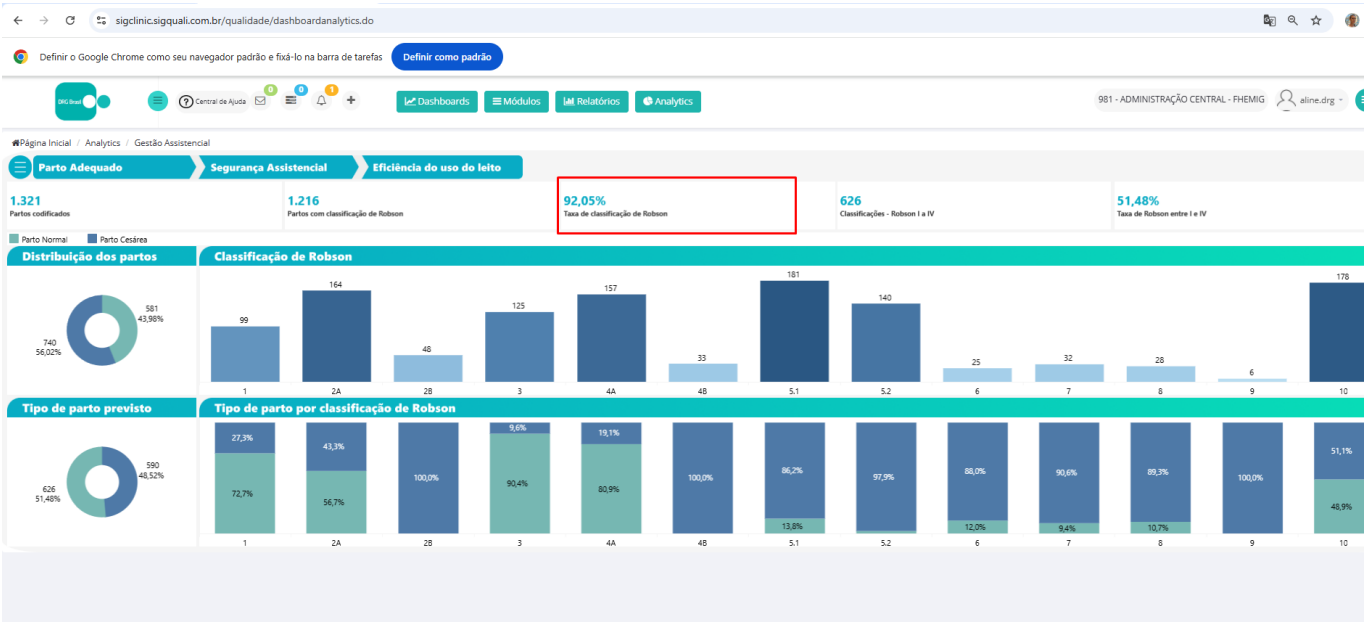
6. Na página seguinte, proceder aos filtros e clicar em “aplicar”:

PARÂMETROS:

- Data inicial: informe a data inicial para apuração.
- Data final: informe a data final para apuração.
- Unidade Hospitalar: informe o nome do hospital.



7. Analisar o valor encontrado para o campo **“Taxa de Classificação De Robson”**:



3.8 CUMPRIMENTO DA TAXA DE ADESÃO A INDICAÇÃO DO PARTO NORMAL

3.8.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.8 – TAXA DE ADESÃO A INDICAÇÃO DO PARTO NORMAL

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.8 – TAXA DE ADESÃO A INDICAÇÃO DO PARTO NORMAL
Descrição	Este indicador avalia a proporção de partos normais realizados com indicação em determinado período, em relação ao total de Classificações de Robson entre I e IV realizados no mesmo período. Esse indicador somente será considerado válido quando a Taxa de Classificação de Robson apresentada no DRG for de no mínimo 95% para o trimestre avaliado.
Fundamentação	O cálculo do percentual de partos vaginais em gestantes classificadas nos grupos Robson I a IV baseia-se na necessidade de monitorar e comparar a prática obstétrica de forma padronizada, utilizando um sistema internacionalmente reconhecido. O sistema de classificação de Robson agrupa gestantes com base em características obstétricas relevantes (paridade, início do trabalho de parto, apresentação fetal, número de fetos e idade gestacional), permitindo a análise detalhada dos desfechos por subgrupos homogêneos. O cálculo do percentual utiliza como numerador o número de partos vaginais (incluindo partos normais e vaginais operatórios) e como denominador o número total de partos (vaginais e cesáreos) nas gestantes dos grupos Robson I a IV no período avaliado. O indicador expressa a proporção de partos vaginais, sendo um indicador de qualidade assistencial e de adesão às recomendações de redução de cesarianas desnecessárias. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso da classificação de Robson para auditoria e comparação de taxas de cesariana e partos vaginais, pois permite identificar grupos prioritários para intervenções e monitorar tendências ao longo do tempo, promovendo práticas obstétricas baseadas em evidências.
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa de adesão a indicação do parto normal = (Número de partos normal ou vaginal operatório em gestantes com classificação Robson I a IV no período / Número total de partos em Gestantes com classificação Robson I a IV no período) x 100. Onde: • Parto normal ou vaginal: são aqueles partos realizados sem intervenção cirúrgica • Total de partos: número de partos realizados no período
Resultado no período avaliado	Resultado da Taxa de adesão a indicação do parto normal para o período avaliado.
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Plataforma DRG Brasil - Analytics – Gestão Assistencial - Parto Adequado - Segurança Assistencial - Taxa de adesão a indicação do parto normal
Polaridade	Maior Melhor.

Cálculo de desempenho

Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
ADESÃO A INDICAÇÃO DO PARTO NORMAL	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	≥ 65%
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	≥ 65%
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	≥ 65%
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	≥ 65%
	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	≥ 65%
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	≥ 65%
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	≥ 65%
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	≥ 65%
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	≥ 65%
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	≥ 65%
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	≥ 65%
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	≥ 65%
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	≥ 65%
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	≥ 65%
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	≥ 65%
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	≥ 65%
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	≥ 65%
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≥ 65%
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≥ 65%
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≥ 65%

- Taxa de Parto Normal de 65% preconizada pela Rede Alyne

Linha de base atualizada

ANO	TAXA DE ADESÃO A INDICAÇÃO DO PARTO NORMAL (média mensal)
2022	65,08 %
2023	62,63 %
2024	64,53 %
2025	64,70 %

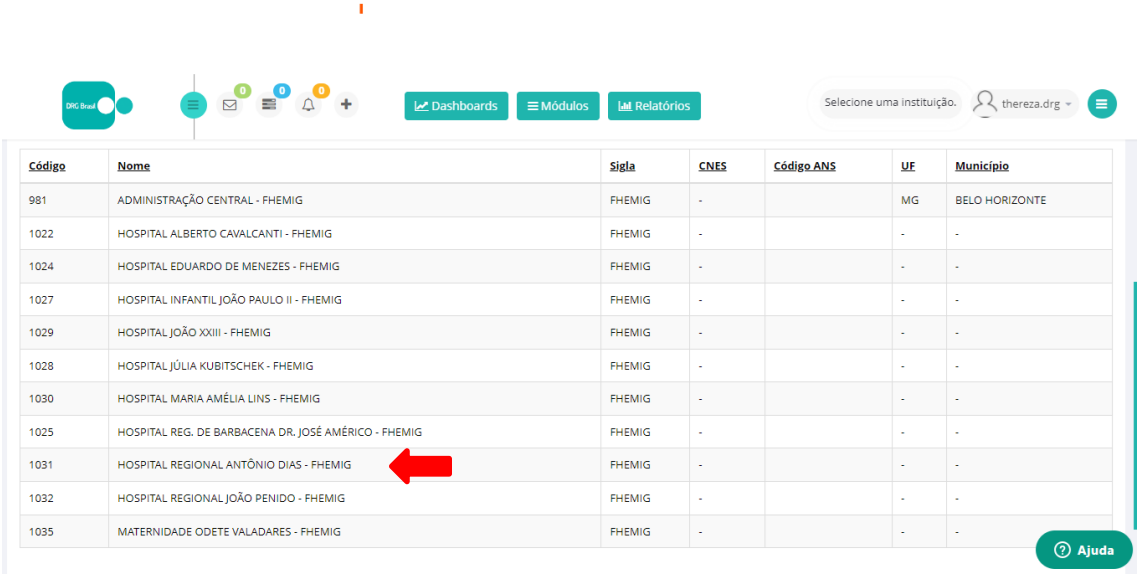
Referências para o cálculo das metas Pactuadas

1.Manual Parto adequado. Disponível em: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/visualizardocumento.do?token=613b1c76725e1a726608422d1f220c4b4a2f735f1846276b3467651f5b6e1814721e79194c280%20590f36042e acesso em 03 de março de 2026.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 9 abr. 2026.

3.8.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.8 – TAXA DE ADESÃO A INDICAÇÃO DE PARTO NORMAL

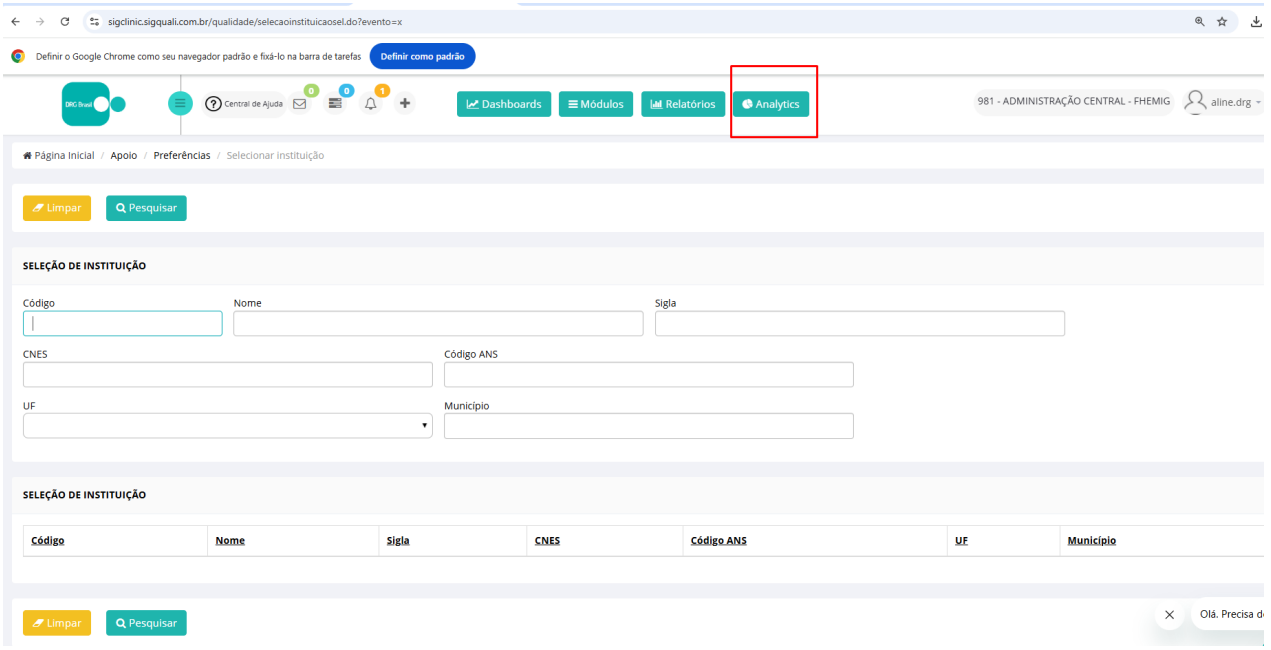
ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG,** se unidade; **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – FHEMIG,** se equipe de monitoramento:



Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

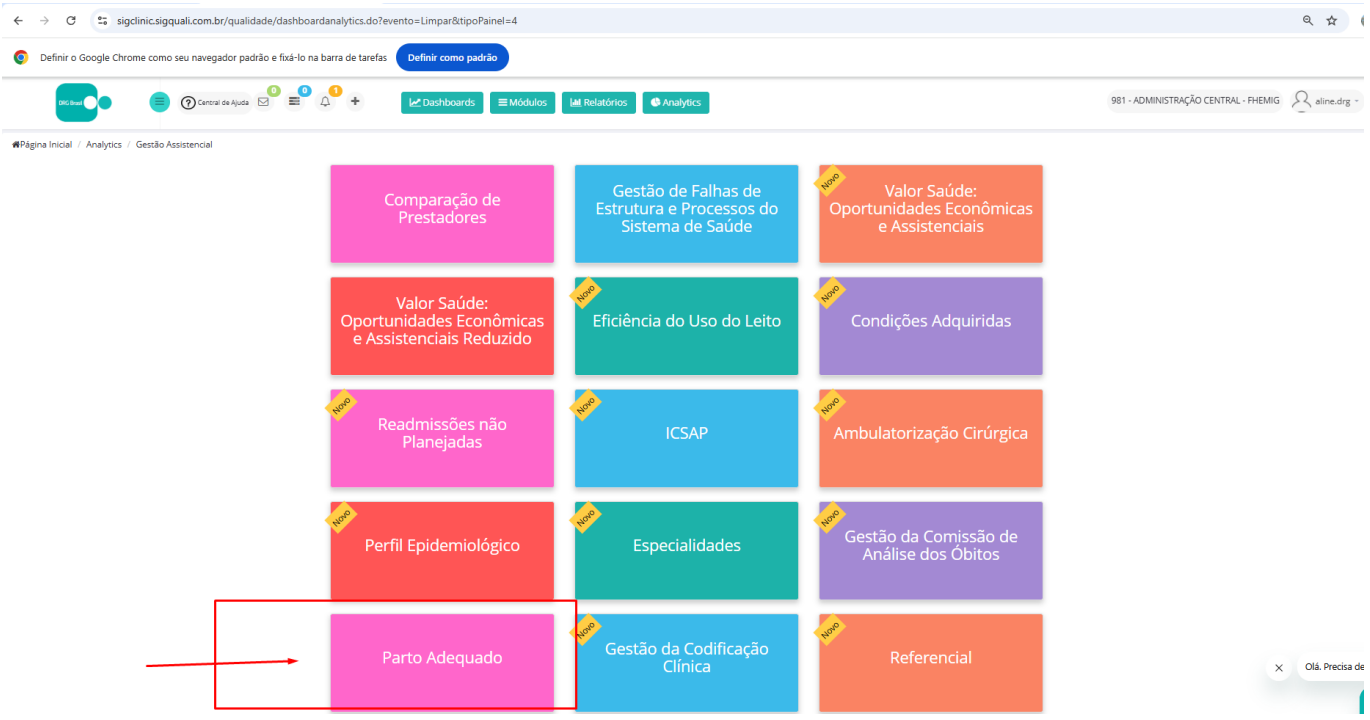
3. Na página seguinte, selecionar: **ANALYTICS**:



4. Clicar em “Gestão Assistencial”:



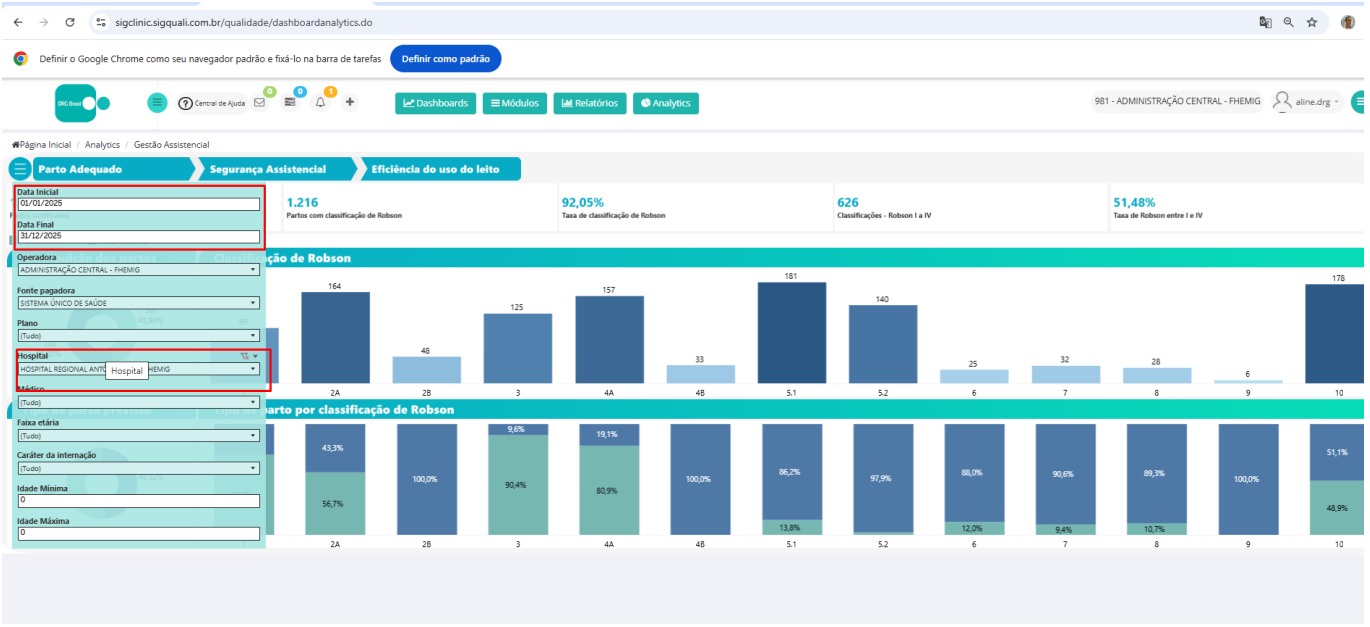
5. Selecione a opção **“Parto Adequado”**



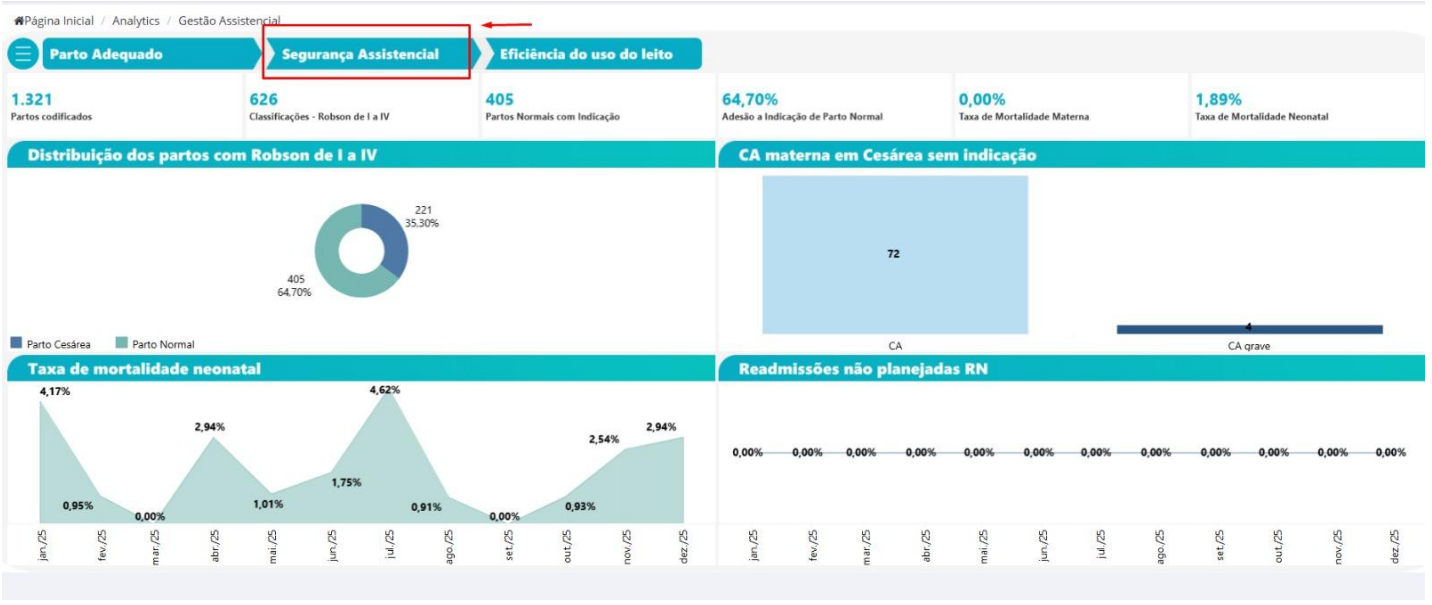
6. Na página seguinte, proceder aos filtros e clicar em “aplicar”:

PARÂMETROS:

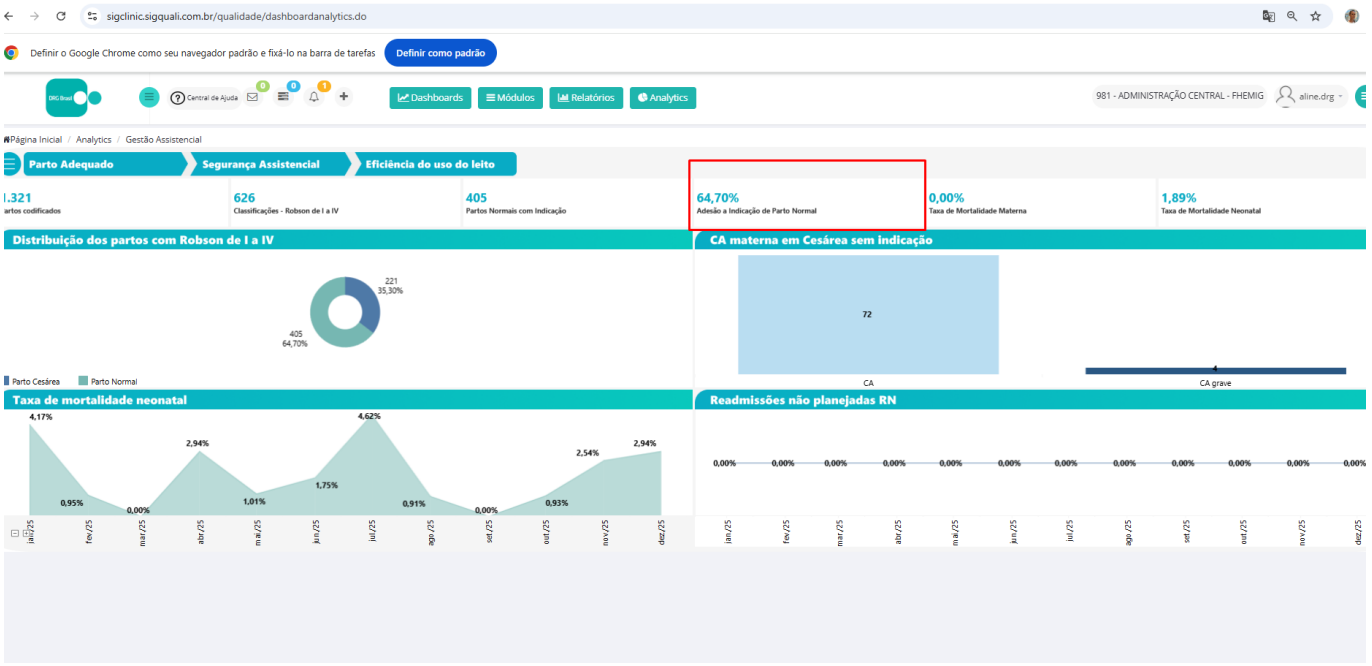
- Data inicial: informe a data inicial para apuração.
- Data final: informe a data final para apuração.
- Unidade Hospitalar: informe o nome do hospital.



7. Na página seguinte, selecionar a aba “**SEGURANÇA ASSISTENCIAL**”:



8. Analisar o valor encontrado para o campo **“ADESÃO A INDICAÇÃO DE PARTO NORMAL”**:



3.9 CUMPRIMENTO DA TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO OBSERVADAS X PREVISTAS

3.9.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.9 – TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO OBSERVADAS X PREVISTAS

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.9 – TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO OBSERVADAS X PREVISTAS
Descrição	Mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 30 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Este indicador avalia a capacidade progressiva do prestador de serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Considera-se para este indicador readmissões em até 30 dias após a alta hospitalar, em decorrência de uma complicação ou recaída da internação anterior. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. Este indicador é tempo dependente sendo necessário considerar 30 dias após a alta no último dia do mês. Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	Avalia a eficiência e qualidade assistencial das internações de pacientes na unidade, assim como a transição dos cuidados para os serviços de atenção primária ou para a atenção domiciliar. A classificação das reinternações se dá entre planejadas e eventuais. As reinternações planejadas são para dar prosseguimentos terapêuticos e/ou avaliações diagnósticas, enquanto as eventuais podem ser agrupadas em evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável. A readmissão quando potencialmente evitável poderia ter sido evitada com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente. A identificação do comportamento das readmissões hospitalares é informação valiosa para a organização de intervenções que diminuam a frequência desses eventos bem como o impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias. Além disso, o conhecimento dos fatores relativos aos hospitais associados a readmissões pode servir como subsídio para o aprimoramento do cuidado hospitalar e, ainda, eliminar custos desnecessários para o sistema de saúde. Finalmente, este indicador é sentinela para monitorar a qualidade do cuidado assistencial e evitar a adoção de práticas nocivas em busca de uma pseudo-eficiência assistencial, neste caso, os hospitais podem dar alta aos pacientes mais cedo do que o clinicamente apropriado.
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa de Readmissão em 30 Dias por Complicação = (Número de pacientes readmitidos no hospital no período, transcorridos até 30 dias da alta hospitalar, por uma complicação ou mesma causa da internação anterior de acordo com critérios de codificação DRG / Total de pacientes com alta hospitalar no mesmo período) x 100. Onde:

<table>
<tr><td></td><td>

- pacientes readmitidos: são aqueles pacientes que retornam para internação, transcorridos até 30 dias da alta hospitalar
- Total de pacientes com alta hospitalar: número de alta realizadas no período)

</td></tr>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Resultado da Taxa de Readmissão em 30 dias por Complicação para o período avaliado.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Percentual</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral. Não corresponde ao mesmo período dos demais indicadores do DRG. Precisa considerar o mês anterior, para garantir transcorrer até 30 dias da alta hospitalar</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Plataforma DRG Brasil - Analytics – Gestão Baseada em Valor - Oportunidades Assistenciais - Readmissão Observada/ Prevista</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Menor Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = [1 - (Resultado - Meta) / Meta)] x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	≤100%
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	≤100%
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	≤100%
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	≤100%
	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	≤100%
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	≤100%
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	≤100%
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	≤100%
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	≤100%
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	≤100%
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	≤100%
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	≤100%
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	≤100%
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	≤100%
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	≤100%
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	≤100%
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	≤100%
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≤100%
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≤100%
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≤100%

</td></tr>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>

ANO	Taxa de Readmissão em 30 dias por Complicação (média mensal)
2022	65,87%
2023	53,75%
2024	43,34%
2025	28,61%

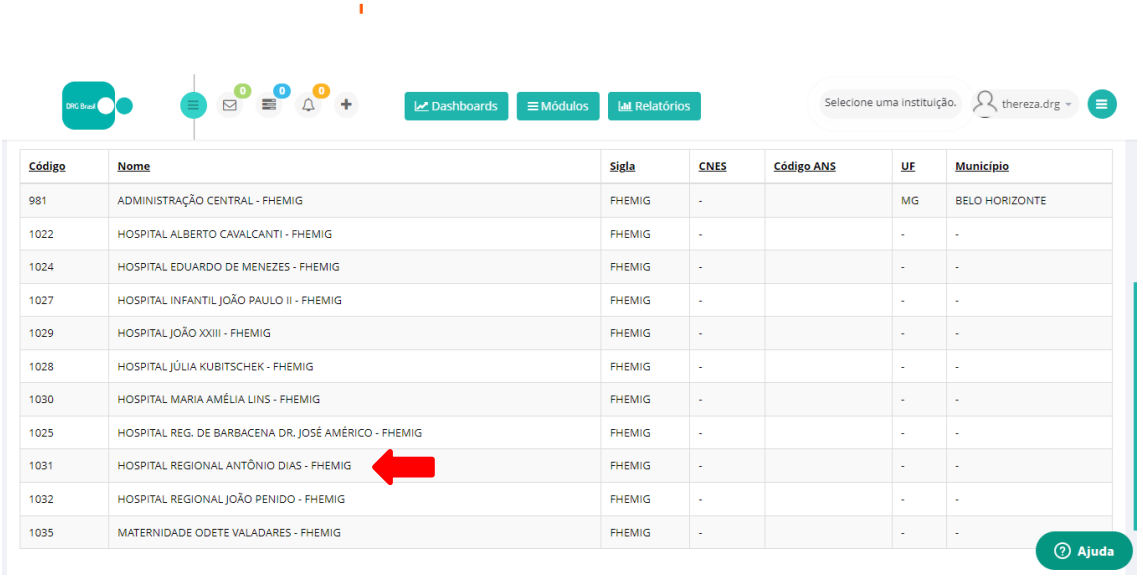
</td></tr>
<tr><td>Referências para cálculo das metas</td><td>1. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestão da clínica e da qualidade assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.</td></tr>
</table>

pactuadas	2. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação de Operadoras: indicadores de qualidade assistencial. Rio de Janeiro: ANS, 2021.

3.9.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.9 – TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO OBSERVADAS X PREVISTAS

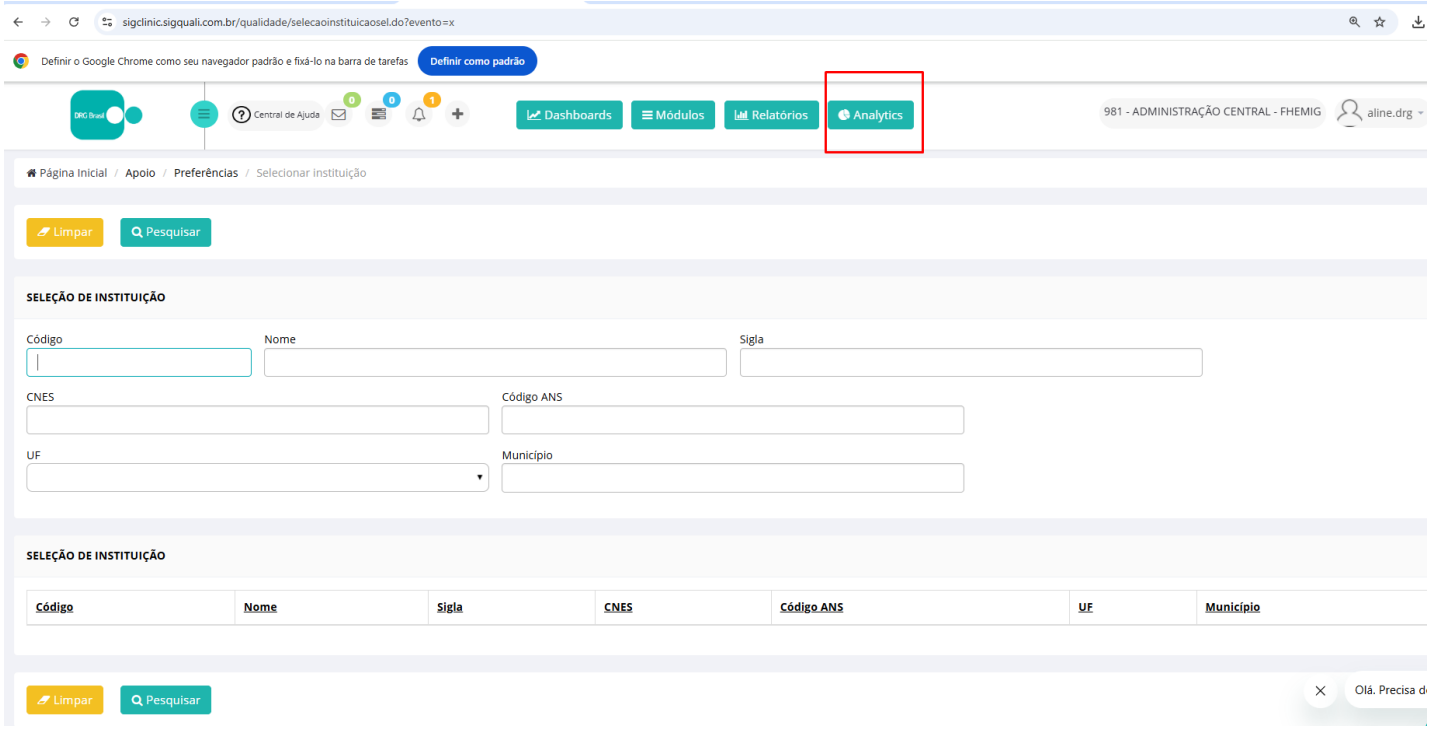
ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG,** se unidade; **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – FHEMIG,** se equipe de monitoramento:

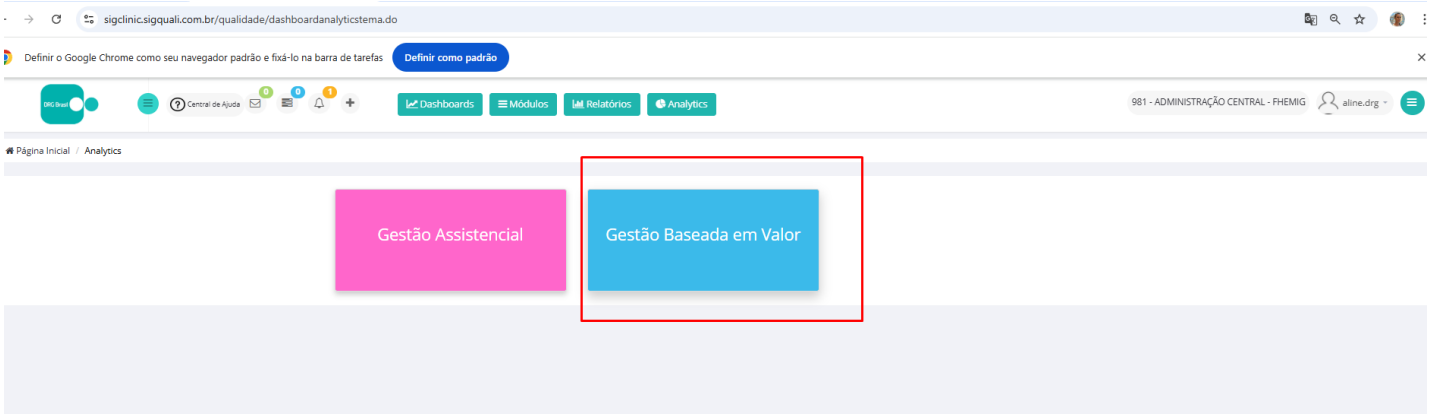


Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

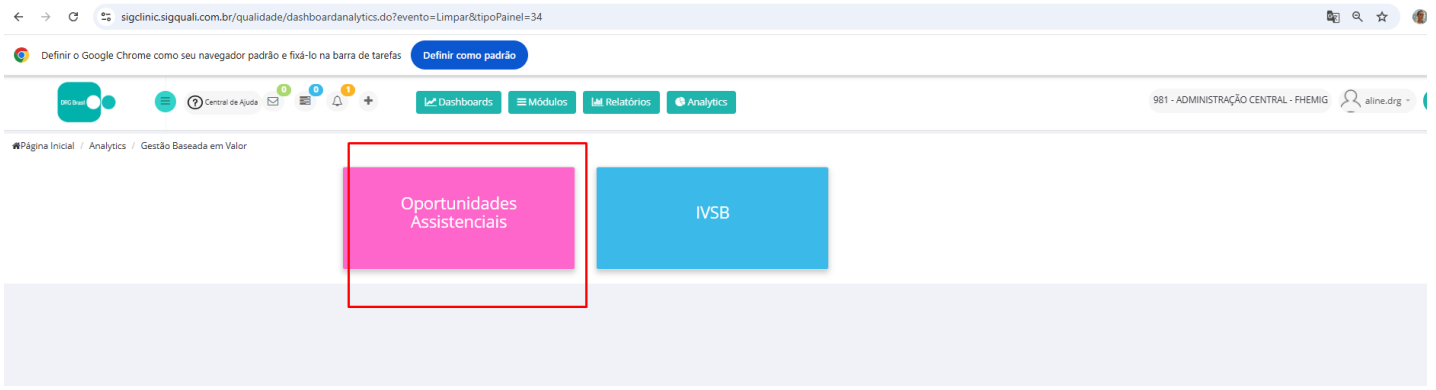
3. Na página seguinte, selecionar: ANALYTICS:



4. Clicar em “Gestão Baseada em Valor”:



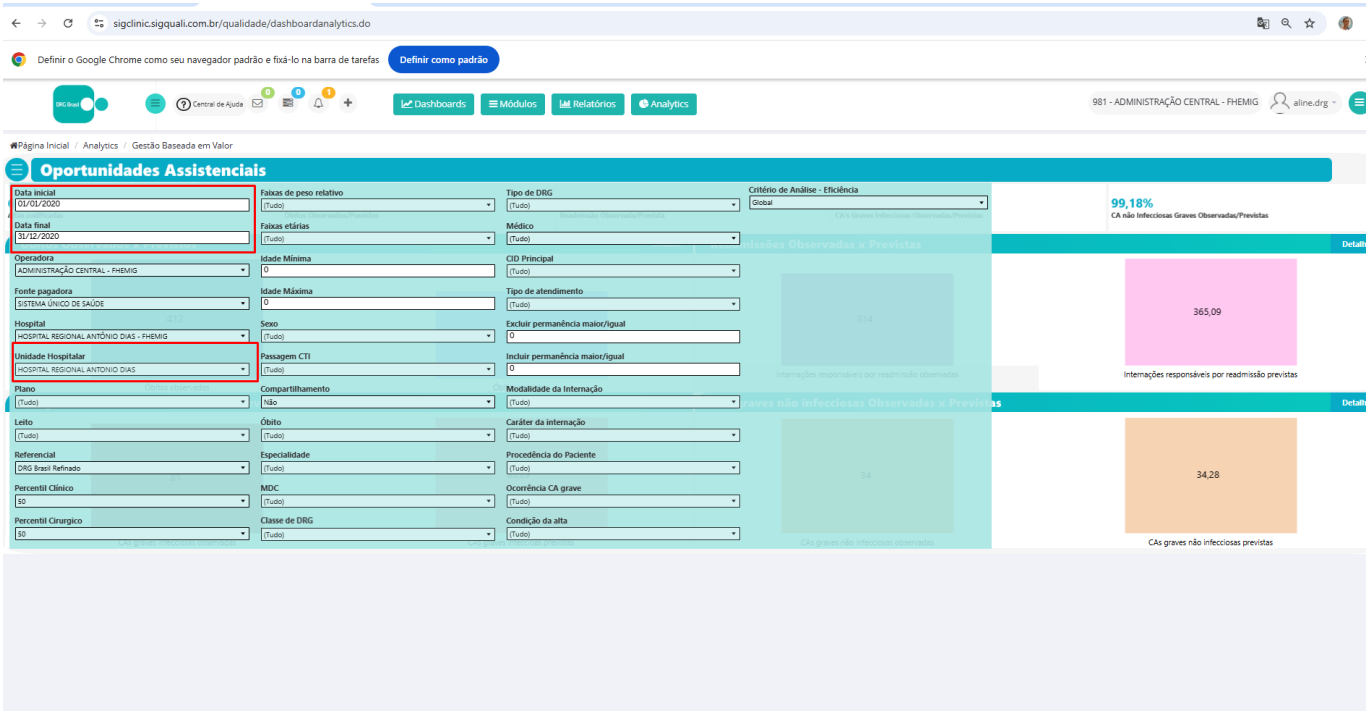
5. Selecione a opção “Oportunidades Assistenciais”



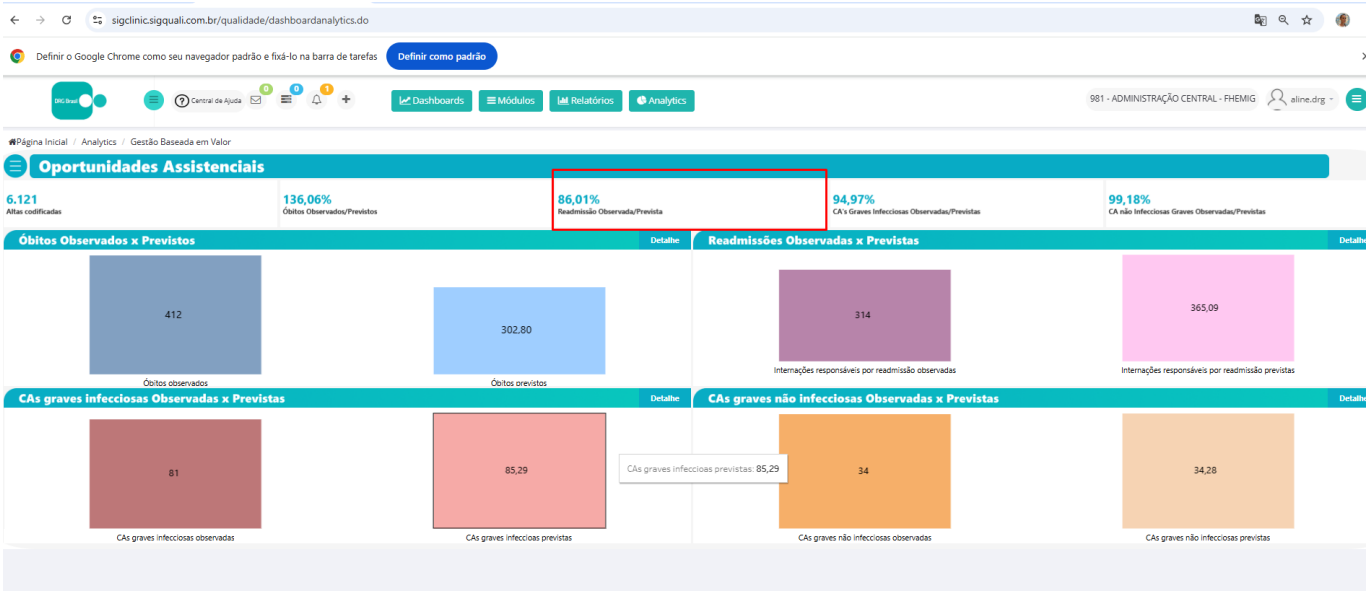
6. Na página seguinte, proceder aos filtros e clicar em “aplicar”:

PARÂMETROS:

- Data inicial: informe a data inicial para apuração.
- Data final: informe a data final para apuração.
- Unidade Hospitalar: informe o nome do hospital.



7. Analisar o valor encontrado para o campo **“Readmissão Observada/ Prevista”**:



Observação:

Cabe ressaltar que, esse é o único indicador retirado da plataforma DRG Brasil que sofre influência da temporalidade. Por se considerar que o indicador deverá aguardar 30 dias após a alta do paciente, considerando o mês de análise.

Exemplo: Apuração do mês de maio, deverá aguardar o fechamento do mês de junho. Sendo assim, para o relatório enviado no mês de julho, a unidade estará avaliando o mês de maio, após o fechamento do mês de junho. O relatório de desempenho geral, deverá ser retirado no 3º dia útil do mês, mas referente a maio. Os demais indicadores estarão utilizando junho, enquanto esse indicador utiliza o de maio.

3.10 CUMPRIMENTO DA TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI

3.10.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.10 – TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.10 – TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI
Descrição	Refere-se ao quadro clínico, fisiológico e laboratorial específico de cada paciente, no momento da sua admissão, internado por pelo menos 8 (oito) horas na UTI. O indicador estima a gravidade da doença e estratifica o risco de morte, norteando a assistência necessária ao caso que acomete o paciente, de modo que o doente com baixo risco de morte não venha a óbito. Após a aferição e preenchimento dos dados de cada paciente, chega-se a um score, conforme segue: De 0-4 pontos: 4% de mortalidade De 5-9 pontos: 8% de mortalidade De 10-14 pontos: 15% de mortalidade De 15-19 pontos: 25% de mortalidade De 20-24 pontos: 40% de mortalidade De 25-29 pontos: 55% de mortalidade De 30-34 pontos: 75% de mortalidade Acima de 34 pontos: 85% de mortalidade
Fundamentação	O indicador estima a gravidade da doença e estratifica o risco de morte de cada paciente, no momento da sua admissão, internado na UTI. O protocolo APACHE norteia a assistência necessária ao caso que acomete o paciente, de modo que o doente com baixo risco de morte não venha a óbito. Após a aferição e preenchimento dos dados de cada paciente, chega-se a um score de probabilidade de mortalidade. Trata-se de um indicador recomendado pelo Ministério da Saúde. O monitoramento dessas taxas promove maior resolutividade no atendimento intensivo e credita o Hospital com a garantia de prognósticos mais efetivos. Para toda a contratualização espera-se que todo o óbito ocorrido em UTI esteja dentro do esperado assistencialmente. Ou seja, a premissa adotada é de excelência assistencial.
Fórmula de cálculo do indicador	Número do score do protocolo dentro da faixa, na qual: Cálculo mensal do score = (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 1 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 1 do protocolo, no período avaliado) x 100 (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 2 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 2 do protocolo, no período avaliado) x 100 (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 3 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 3 do protocolo, no período avaliado) x 100 (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 4 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 4 do protocolo, no período avaliado) x 100

<table>
<tr><td></td><td>(Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 5 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 5 do protocolo, no período avaliado) x 100
(Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 6 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 6 do protocolo, no período avaliado) x 100
(Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 7 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 7 do protocolo, no período avaliado) x 100
(Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 8 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 8 do protocolo, no período avaliado) x 100
Comparar o resultado do item “A ao H” ao percentual esperado para cada nível do referido protocolo.
Para cada score obtido em “A” que esteja no percentual do score esperado deve ser considerado um ponto. A pontuação é dada pela soma de scores dentro do esperado
(Ex.: nos 8 scores de A com índice de mortalidade esperado, resultado = 8/8)</td></tr>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Média dos resultados mensais da Taxa de conformidade ao protocolo APACHE II na UTI.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Número</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado)</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Sistema de Gestão Hospitalar ou relatório padronizado pela FHEMIG.</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="20">TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI</td><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,</td><td>OUT/26</td><td>9° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>NOV/26, DEZ/26, JAN//27</td><td>JAN/ 27</td><td>10° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>FEV//27, MAR//27, ABR//27</td><td>ABR/27</td><td>11° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>MAI//27, JUN/27, JUL/27</td><td>JUL/27</td><td>12° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>JUL/27, AGO/27, SET/27</td><td>AGO/27, SET/27, OUT/27</td><td>OUT/27</td><td>13° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>OUT/27, NOV/27, DEZ/27</td><td>NOV/27, DEZ/27, JAN/28</td><td>JAN/28</td><td>14° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>JAN/28, FEV/28, MAR/28</td><td>FEV/28, MAR/28, ABR/28</td><td>ABR/28</td><td>15° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>ABR/28, MAI/28, JUN/28</td><td>MAI/28, JUN/28, JUL/28</td><td>JUL/28</td><td>16° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>JUL/28, AGO/28, SET/28</td><td>AGO/28, SET/28, OUT/28</td><td>OUT/28</td><td>17° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>OUT/28, NOV/28, DEZ/28</td><td>NOV/28, DEZ/28, JAN/29</td><td>JAN/29</td><td>18° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>JAN/29, FEV/29, MAR/29</td><td>FEV/29, MAR/29, ABR/29</td><td>ABR/29</td><td>19° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>ABR/29, MAI/29, JUN/29</td><td>MAI/29, JUN/29, JUL/29</td><td>JUL/29</td><td>20° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>JUL/29, AGO/29, SET/29</td><td>AGO/29, SET/29, OUT/29</td><td>OUT/29</td><td>21° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>OUT/29, NOV/29, DEZ/29</td><td>NOV/29, DEZ/29, JAN/30</td><td>JAN/30</td><td>22° PA</td><td>8</td></tr>
<tr><td>JAN/30, FEV/30, MAR/30</td><td>FEV/30, MAR/30, ABR/30</td><td>ABR/30</td><td>23° PA</td><td>8</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

		ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	8
		JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	8
		OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	8
		JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	8
		ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	8

Linha de base atualizada

ANO	APACHE (média mensal)
2022	6
2023	6
2024	7
2025	8

Referências para cálculo das metas pactuadas

1. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. CQH. Manual de Indicadores de Enfermagem. 2ª edição.
2. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar, 2012.

3.10.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.10 – TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI

Para monitorar os dados do Apache (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation):

1. Coleta de Dados na UTI (Unidade de Terapia Intensiva):

- Os dados dos pacientes devem ser coletados e registrados no sistema de prontuário eletrônico ou em softwares específicos de monitoramento na UTI, pela equipe médica.

- Estes dados incluem informações clínicas como sinais vitais, exames laboratoriais, medicações administradas e escores de gravidade.

2. Inserção de Dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH):

- Os profissionais de saúde (médicos) inserem esses dados no sistema de prontuário eletrônico ou em softwares específicos de monitoramento na UTI, mediante o preenchimento de escala APACHE II, no momento da admissão e nas 24 horas seguintes, de todo paciente admitido na UTI Adulto.

- Os sistemas de informação hospitalares integram diversos dados do paciente e possibilitam o cálculo automático do escore Apache a partir dos dados inseridos, ou são realizadas apurações dos dados manualmente, mediante as escalas preenchidas.

3. Processamento e Análise dos Dados:

- O sistema de informações hospitalares processa os dados para calcular o escore Apache.

- Ferramentas de Business Intelligence (BI) ou de análise de dados podem ser usadas para gerar relatórios e gráficos que sumarizam os dados dos pacientes na UTI.

4. Geração de Relatórios:

- Relatórios mensais são gerados automaticamente (pelo SGH) ou sob demanda, destacando escores Apaches dos pacientes, informando a pontuação para cada grau.

HRAD		
Nº SAÍDAS	Nº ÓBITOS	
	OCORRIDOS	ESPERADOS
0	0	0,00
2	0	0,10
5	0	0,75
4	0	1,00
6	4	2,40
1	1	0,55
0	0	0,00
0	0	0,00
0	0	0,00
2	0	0,10
6	0	0,90
6	1	1,50
4	1	1,00
1	0	0,55
0	0	0,00
0	0	0,00
0	0	0,00
0	0	0,00
4	0	0,80
10	2	2,50
9	2	3,00
3	2	1,65
0	0	0,00
0	0	0,00
0	0	0,00
6	1	0,48
3	0	0,45
6	0	1,50
5	2	2,00
11	2	6,05
0	0	0,00
0	0	0,00

- Esses relatórios também podem incluir tendências, análises comparativas com meses anteriores e benchmarkings estabelecidos, causa raiz identificada/ sugerida, quando o indicador não atingir a meta, além de destacar áreas de melhoria e ações corretivas implementadas ou recomendadas.

5. Envio de Relatórios para a Direção do Hospital:

- Os relatórios gerados são enviados à direção do hospital. Este envio pode ser feito via e-mail.

- A direção do hospital recebe esses relatórios para análise e tomada de decisão.

6. Envio de Relatórios):

- Enviar dados junto ao Relatório Gerencial de Resultados.

3.11 CUMPRIMENTO DA TAXA DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE CRIB NA UTI NEONATAL

3.11.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.11 – TAXA DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE CRIB NA UTI NEONATAL

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.11 – TAXA DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE CRIB NA UTI NEONATAL
Descrição	Mede o percentual de recém-nascidos admitidos na UTI Neonatal elegíveis à aplicação da escala CRIB (Clinical Risk Index for Babies) que tiveram sua avaliação realizada e devidamente registrada nas primeiras horas de vida. Esse indicador avalia a adesão ao uso de ferramenta prognóstica validada, contribuindo para estratificação de risco, planejamento assistencial e monitoramento de desfechos neonatais.
Fundamentação	A escala CRIB é um instrumento amplamente utilizado em neonatologia para avaliar a gravidade clínica de recém-nascidos, especialmente prematuros e de baixo peso, nas primeiras 12 horas de vida. Sua utilização permite: • Estratificação de risco de mortalidade neonatal • Comparação de desempenho entre unidades • Ajuste de complexidade assistencial • Apoio à tomada de decisão clínica O monitoramento da aplicação da escala está alinhado às boas práticas assistenciais e à melhoria da qualidade em unidades neonatais.
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa de Aplicação da CRIB = Número de RN com CRIB registrada / Número total de RN para aplicação da CRIB no período Onde: • CRIB registrada: avaliação realizada e documentada no prontuário dentro do período definido (idealmente até 12 horas de vida) • Total de RN para aplicação: recém-nascidos que atendem aos critérios institucionais para aplicação da escala (ex.: < 32 semanas e/ou < 1500g – ajustar conforme protocolo local)
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais da Taxa da Aplicação de Escala de CRIB na UTI Neonatal.
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado)
Fonte de Comprovação	Sistema de Gestão Hospitalar ou relatório padronizado pela FHEMIG.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 Se desempenho < 70% = zero

Meta

100% de aplicação da escala CRIB em UTI Neonatal para os pacientes elegíveis

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
TAXA DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE CRIB NA UTI NEONATAL	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	100%
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	100%
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	100%
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	100%
	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	100%
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	100%
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	100%
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	100%
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	100%
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	100%
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	100%
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	100%
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	100%
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	100%
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	100%
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	100%
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	100%
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	100%
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	100%
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	100%

Linha de base atualizada

ANO	CRIB (média mensal)
2022	100%
2023	100%
2024	100%
2025	100%

Referências para cálculo das metas pactuadas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura ao recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal. Brasília: ANVISA, 2017.

3.11.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.11 – TAXA DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE CRIB NA UTI NEONATAL

Para monitorar os dados do CRIB (Clinical Risk Index for Babies)

1. **Definição dos Critérios de Elegibilidade**

- Estabelecer, em protocolo institucional, quais recém-nascidos (RN) deverão obrigatoriamente ter a escala CRIB aplicada.
- Sugestão de critérios (ajustáveis conforme perfil da unidade): Idade gestacional < 32 semanas; e/ou Peso ao nascer < 1500g; RN admitidos na UTI Neonatal nas primeiras

12 horas de vida;

- Registrar formalmente os critérios para garantir padronização.

2. Identificação da População do Período

- Levantar todos os RN admitidos na UTI Neonatal no período avaliado;
- A partir dessa base, identificar os RN elegíveis conforme critérios definidos

3. Extrair os dados no sistema de gestão hospitalar:

- A área de Qualidade, TI ou equipe assistencial deverá extrair relatório contendo: Identificação do RN; Data e hora de nascimento; Data e hora de admissão na UTI; Peso ao nascer; Idade gestacional; Registro da escala CRIB (sim/não); Data e hora da aplicação;
- Caso não haja relatório estruturado, realizar busca por: Evoluções médicas; Formulários neonatais; Campos específicos no prontuário eletrônico.

4. Validar os dados:

- Conferir consistência das informações: Exclusão de registros duplicados, Exclusão de óbitos precoces sem tempo hábil para aplicação (se previsto em protocolo)
- Confirmar presença do registro da escala CRIB: Considerar válida apenas quando houver preenchimento completo dos parâmetros da escala.

5. Classificar os Casos:

Para cada RN elegível:

- CRIB realizada no prazo: escala aplicada e registrada até 12 horas de vida
- CRIB realizada fora do prazo: aplicada após o período definido
- CRIB não realizada: ausência de registro

6. **Consolidar os Dados**

- Total de RN elegíveis no período
- Total de RN com CRIB realizada no prazo
- (Opcional) Total de CRIB fora do prazo
- (Opcional) Total sem aplicação

7. **Calcular indicador**

Conforme fórmula disponível no caderno técnico

8. **Consolidar os Dados**

- Total de RN elegíveis no período
- Total de RN com CRIB realizada no prazo
- (Opcional) Total de CRIB fora do prazo
- (Opcional) Total sem aplicação

9. **Realizar Análise Crítica**

- Comparar o resultado com a meta estabelecida
- Identificar causas de não conformidade: Falha no processo assistencial; Ausência de registro; Desconhecimento da equipe; Problemas no sistema.
- Avaliar por: Turno; Profissional; Perfil dos RN.

10. **Validar os Resultados**

- Elaborar relatório contendo: Resultado do indicador; Número de RN elegíveis; Não conformidades identificadas; Plano de ação.
- Submeter para validação da Diretoria.

11. Consolidar no Relatório Gerencial de Resultados (RGR):

- Inserir os dados validados no Relatório Gerencial de Resultados (RGR) institucional, contendo: Nome do indicador; Resultado do mês; Meta; Tendência (gráfico); Status (atingido / não atingido); Principais ações implementadas.

12. Encaminhar para Monitoramento Mensal:

- Encaminhar o RGR para Equipe de monitoramento.

3.12 POTENCIAL DE AMBULATORIZAÇÃO

3.12.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.12 – POTENCIAL DE AMBULATORIZAÇÃO OBSERVADAS X PREVISTAS

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.12 – POTENCIAL DE AMBULATORIZAÇÃO
Descrição	O indicador tem por finalidade mensurar o percentual de ambulatorização cirúrgica com base na Plataforma DRG Brasil. Mede o percentual de procedimentos cirúrgicos elegíveis à realização em regime ambulatorial (conforme classificação por DRG) que, de fato, foram realizados sem necessidade de internação hospitalar. Este indicador avalia a eficiência assistencial, otimização de leitos e adequação do regime de atendimento, promovendo maior rotatividade hospitalar, redução de custos e segurança ao paciente.
Fundamentação	A ambulatorização cirúrgica é uma prática consolidada em sistemas de saúde modernos, sendo incentivada por metodologias de classificação como os Diagnosis Related Groups (DRG), que permitem identificar procedimentos com baixo risco e potencial para realização em regime ambulatorial. A adoção desse indicador contribuirá para: • Redução de internações desnecessárias; • Otimização do uso de leitos hospitalares; • Melhoria da eficiência operacional; • Redução de custos assistenciais; • Alinhamento com modelos de remuneração baseados em valor. Além disso, está alinhado a boas práticas de gestão hospitalar e modelos de atenção centrados no paciente.
Fórmula de cálculo do indicador	Potencial de Ambulatorização = (Número de cirurgias elegíveis realizadas em regime ambulatorial / Número total de cirurgias elegíveis para ambulatorização segundo DRG, no período) x 100 Onde: • Potencial de ambulatorização: Percentual observado de internações elegíveis para ambulatorização cuja permanência realizada foi inferior a 24 horas por mês no período selecionado (gráfico de barra) • Cirurgias realizadas em regime ambulatorial: são aquelas cirurgias que foram realizadas em regime ambulatorial consideradas elegíveis. • Total de cirurgias elegíveis: todas as cirurgias consideradas elegíveis para realização em regime ambulatorial no período avaliado. Cirurgias elegíveis: Procedimento Tratamento fratura ou luxação da extremidade inferior (exceto quadril ou fêmur); Tratamento de fratura ou luxação do rádio e ulna; Cirurgia esterilizadora feminina; Apendicectomia; Tratamento cirúrgico de varizes; Histerectomia abdominal e vaginal; Colecistectomia e exploração do ducto comum; Tireoidectomia parcial ou total; Herniorrafia inguinal e femoral; Outros reparos da hérnia diafragmática, incisional, e de cordão umbilical; Correção laparoscópica de incontinência urinária; Artroplastia de quadril, total e parcial; Tratamento para

<table>
<tr><td></td><td>fratura ou luxação facial; Reparo de cistocele e retocele, obliteração da cúpula vaginal; Outros procedimentos de órgãos femininos (vaginal, vulvar, e feminino pélvica); Outros procedimentos na pele e no peito (incluindo procedimentos plásticos na mama); Outros procedimentos no nariz, boca e garganta, excluindo amígdalas e dentes; Outros procedimentos genitais masculinos (testicular, próstata, e penile); Excisão parcial de osso; Outros procedimentos de músculos, tendões e tecidos moles; Amputação da extremidade inferior; Outros procedimentos em articulação (incisão ou fusão da articulação, destruição da lesão articular); Outros procedimentos endócrinos; Artroplastia (exceto quadril ou joelho); Ooforectomia uni ou bilateral; Artrodese da coluna; Outros procedimentos no osso (exceto fratura e artroplastia); Artroplastia de joelho; Criação, revisão e remoção de fístula arteriovenosa ou cânula vaso-vaso para diálise; Artroscopia.</td></tr>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Potencial de ambulatorização cirúrgica para o período avaliatório.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Percentual</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Plataforma DRG Brasil – Módulo: Analytics – Aba: Ambulatorização Cirúrgica</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="4">POTENCIAL DE AMBULATORIZAÇÃO</td><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,</td><td>OUT/26</td><td>9° PA</td><td>≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.</td></tr>
<tr><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>NOV/26, DEZ/26, JAN//27</td><td>JAN/ 27</td><td>10° PA</td><td>≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.</td></tr>
<tr><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>FEV//27, MAR//27, ABR//27</td><td>ABR/27</td><td>11° PA</td><td>≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.</td></tr>
<tr><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>MAI//27, JUN/27, JUL/27</td><td>JUL/27</td><td>12° PA</td><td>≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

		JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a

						referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.
		ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≥Aumentar 10% do resultado do PA anterior até atingir a referência do DRG. Após atingida, a meta deve ≥ da referência.

Linha de base atualizada

ANO	POTENCIAL DE AMBULATORIZAÇÃO CIRÚRGICA (%) (média mensal)
2022	11,80%
2023	18,84%
2024	26,94%
2025	32,21%

Referências para cálculo das metas pactuadas

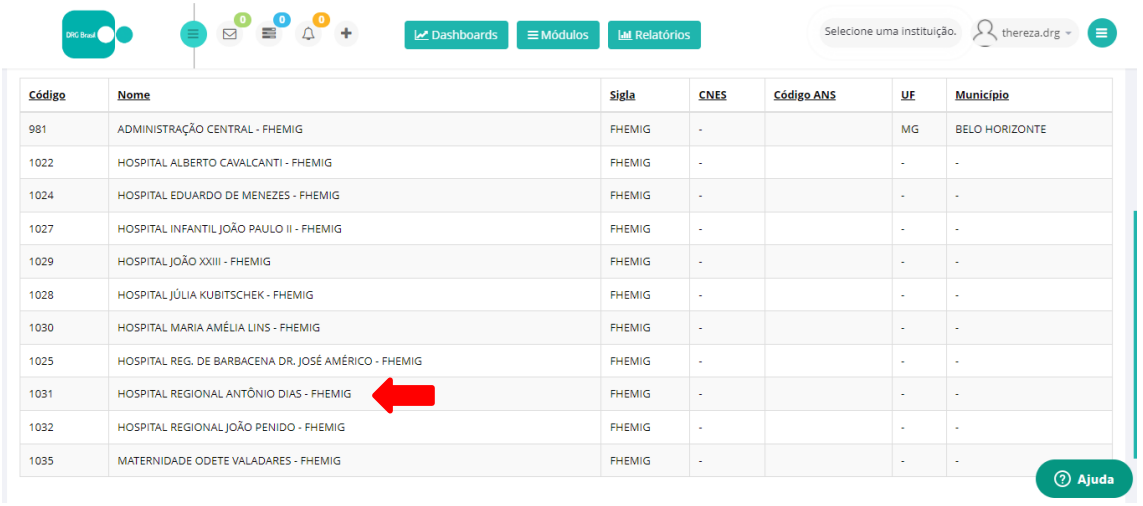
1. FETTER, Robert B.; SHIN, Youngsoo; FREEMAN, John L.; AVERILL, Richard F.; THOMPSON, John D. Case mix definition by diagnosis-related groups. Medical Care, v. 18, n. 2, p. 1-53, 1980.
2. BUSINESS SCHOOL SÃO PAULO. DRG Brasil: Aplicação do sistema de grupos de diagnóstico relacionados na gestão hospitalar. São Paulo: BSP, 2018.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Manual de gestão da clínica: uso de DRG e ferramentas de gestão da qualidade assistencial. Brasília: MS, 2016.

3.12.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.12 – POTENCIAL DE AMBULATORIZAÇÃO

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

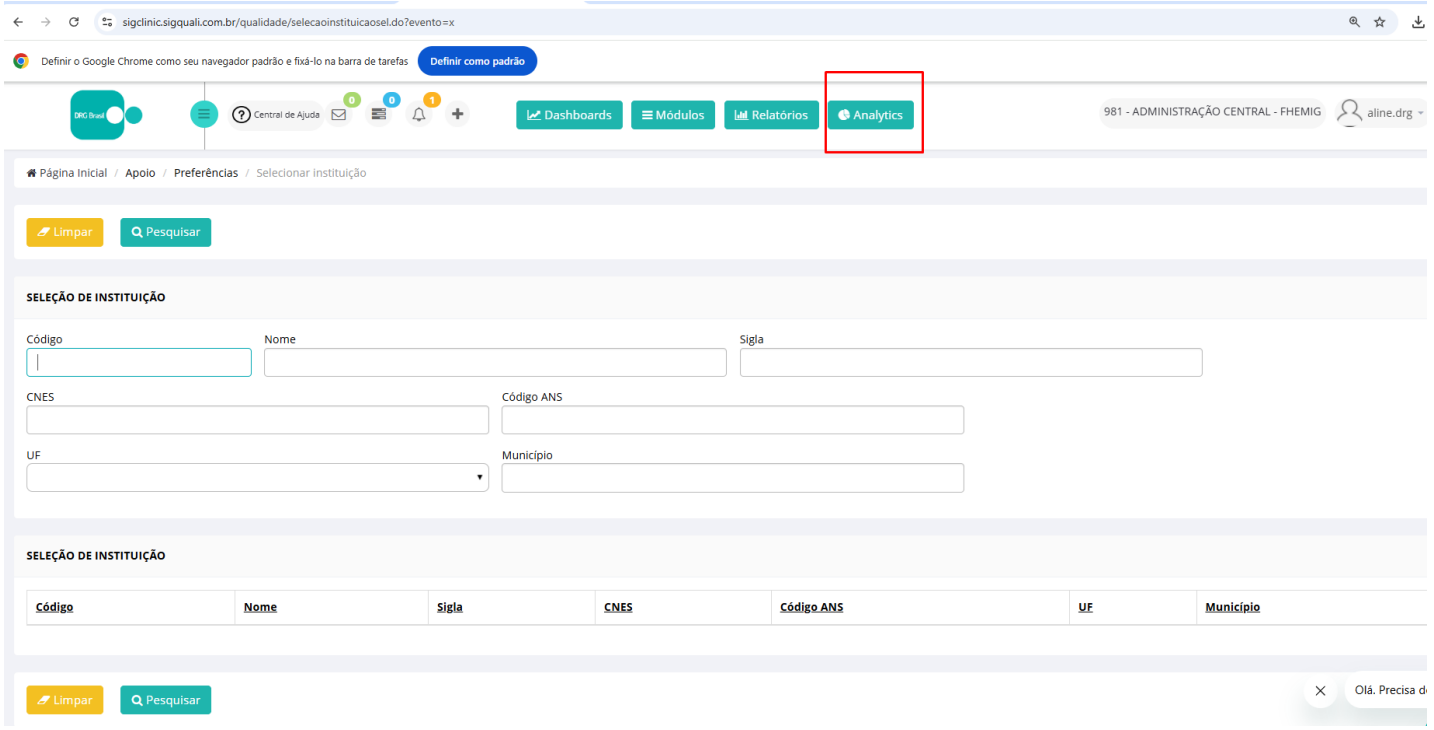
1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do

2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG,** se unidade; **981 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – FHEMIG,** se equipe de monitoramento:



Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

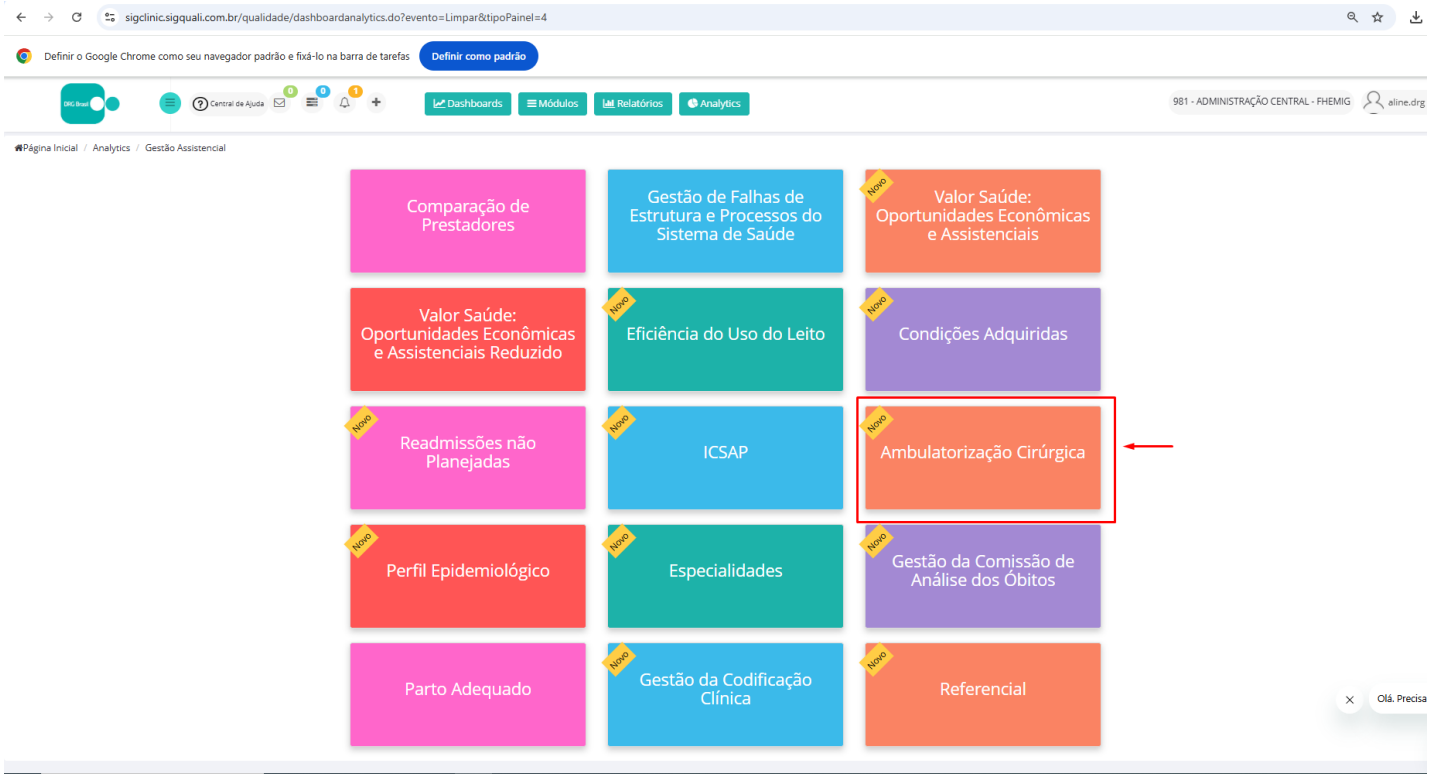
2. Na página seguinte, selecionar: ANALYTICS:



3. Clicar em **“Gestão Assistencial”:**



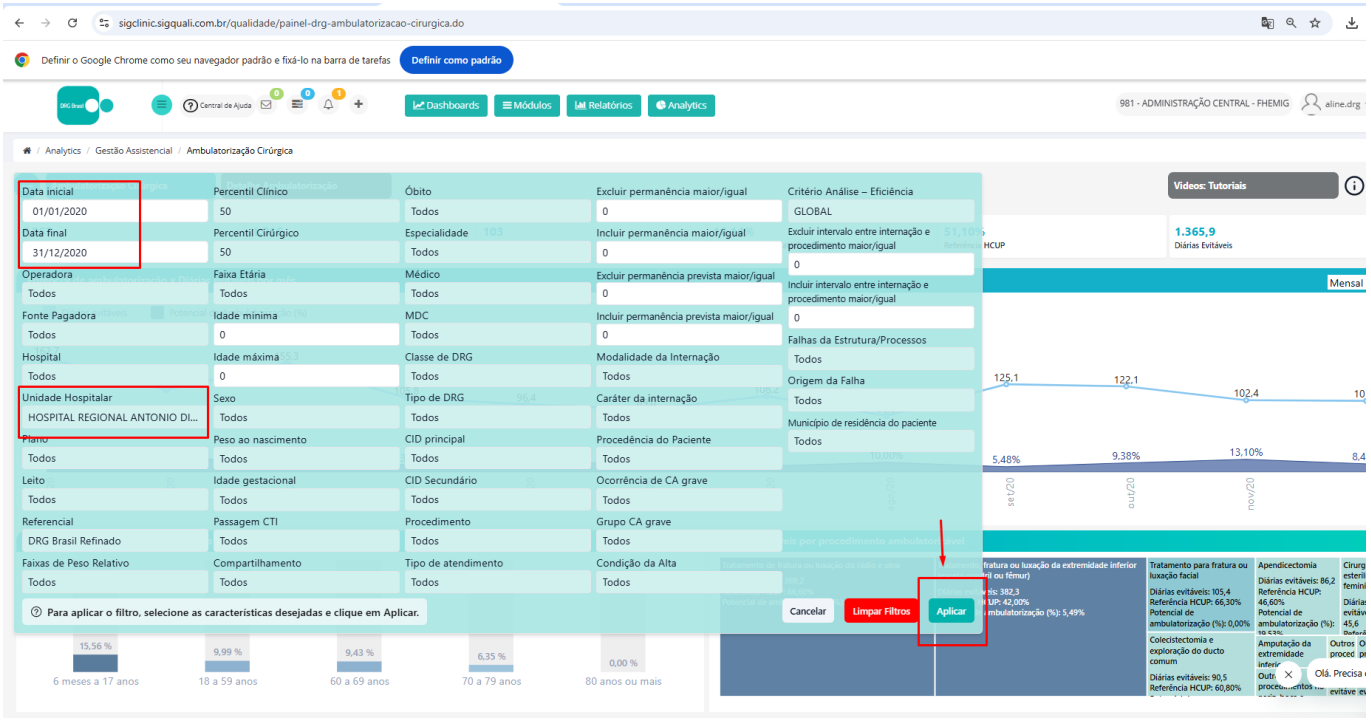
4. Selecione a opção **“Ambulatorização Cirúrgica”**



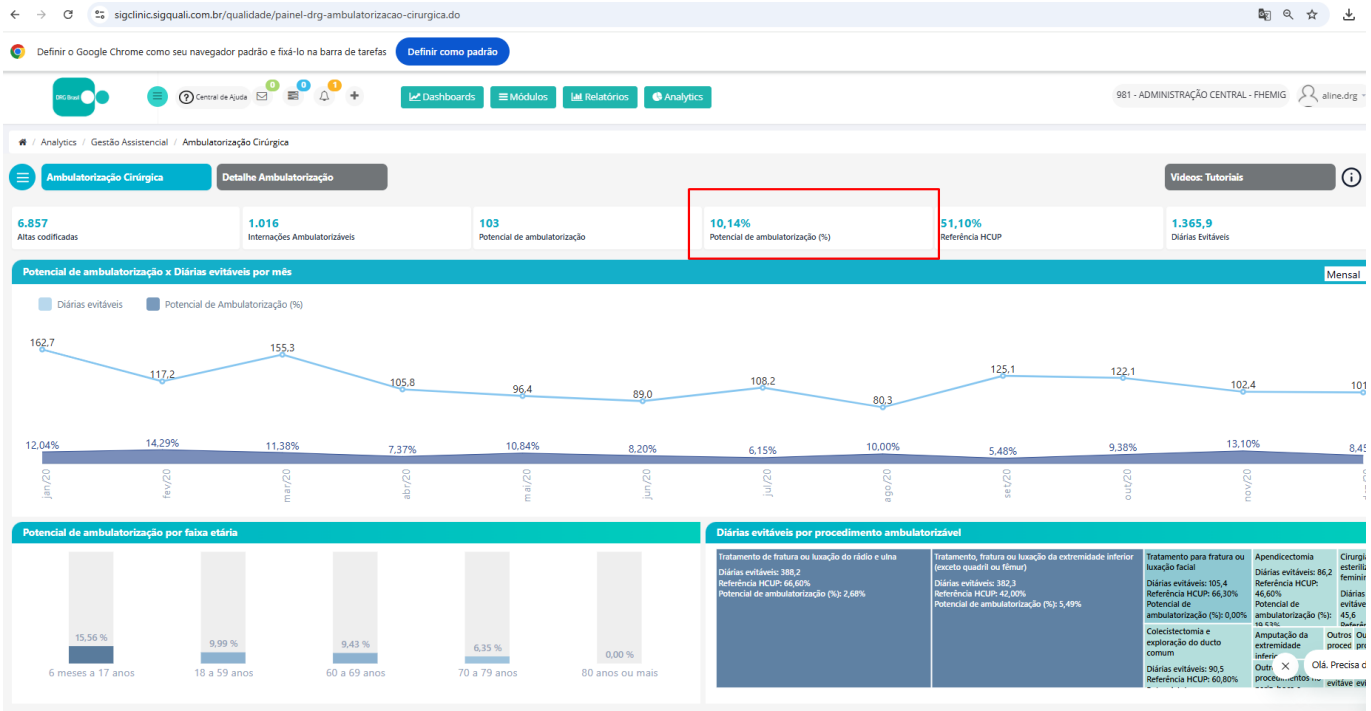
5. Na página seguinte, proceder aos filtros e clicar em “aplicar”:

PARÂMETROS:

- Data inicial: informe a data inicial para apuração.
- Data final: informe a data final para apuração.
- Unidade Hospitalar: informe o nome do hospital.



6. Analisar o valor encontrado para o **potencial de ambulatorização**:



3.13 TAXA DE COMPLETUDE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

3.13.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.13 – TAXA DE COMPLETUDE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.13 – TAXA DE COMPLETUDE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
Descrição	A taxa de completude da classificação de risco conforme Protocolo de Manchester mede o percentual de atendimentos em que a Classificação de Risco foi realizada de forma completa, conforme os critérios estabelecidos pelo Protocolo de Manchester, incluindo o registro adequado de queixa principal, discriminadores, nível de prioridade (cor), tempo-alvo e profissional responsável. Esse indicador avalia a qualidade do processo de triagem, garantindo segurança do paciente, rastreabilidade e padronização do atendimento.
Fundamentação	O Protocolo de Manchester é um sistema de classificação de risco amplamente utilizado em serviços de urgência e emergência. Sua correta aplicação é fundamental para garantir que os pacientes sejam atendidos de acordo com a prioridade clínica, otimizando o fluxo de atendimento e a segurança do paciente. A completude do registro da classificação de risco é essencial para o acompanhamento e análise dos dados, permitindo identificar áreas de melhoria no processo de classificação de risco e aperfeiçoar a gestão do serviço. A taxa de completude da classificação de risco conforme Protocolo de Manchester avalia a proporção de pacientes que tiveram sua classificação de risco devidamente registada, de acordo com o protocolo estabelecido. Um episódio é completo se todos os passos necessários para chegar a conclusão foram efetuados. O método requer que o classificador exclua todos os discriminadores em prioridades mais altas.
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa de Completude da Classificação de Risco = (Número de classificações de risco completas / Número total de classificações de risco realizadas) x 100 Onde: • Classificações de risco completas: registros que possuem todos os campos obrigatórios preenchidos conforme o Protocolo de Manchester • Total de classificações de risco realizadas: todos os atendimentos que passaram por classificação de risco no período avaliado.
Resultado no período avaliado	Resultado referente ao trimestre avaliado.
Unidade de medida	Porcentagem.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Sistema de Gestão Hospitalar: Tasy.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: • Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 • Se desempenho < 70% = zero
Meta	INDICADOR | PERÍODO AVALIADO | MESES DE MONITORAMENTO | MÊS DE AVALIAÇÃO | PERÍODO AVALIATÓRIO | META

	TAXA DE COMPLETUDE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	N/A
		OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	N/A
		JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	100%
		ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	100%
		JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	100%
		OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	100%
		JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	100%
		ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	100%
		JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	100%
		OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	100%
		JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	100%
		ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	100%
		JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	100%
		OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	100%
		JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	100%
		ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	100%
		JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	100%
		OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	100%
		JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	100%
		ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	100%
Linha de base atualizada	A Unidade ainda não possui linha de base, pois se trata de novo indicador a ser apurado.					
Referências para cálculo das metas pactuadas	MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. 2. ed. brasileira. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), 2010.					

3.13.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.13 – TAXA DE COMPLETUDE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Para monitorar os dados da Classificação de risco:

1. Coletar Dados no sistema TASY:

O relatório poderá ser gerado por meio de relatórios padrão do sistema; ou por consulta personalizada (BI / SQL), quando necessário.

- A coleta será realizada mensalmente considerando o período do 1º ao último dia do mês de competência.
- A área responsável (Qualidade ou TI Assistencial) deverá acessar o módulo correspondente para extração do relatório (ver parametrização adotada);
- Extrair relatório contendo, no mínimo, os seguintes campos: Número do atendimento; Data e hora da classificação de risco; Profissional classificador; Queixa principal; Discriminador selecionado; Classificação de risco (cor); Tempo-alvo; Status de preenchimento dos campos obrigatórios;

- Selecionar amostra conforme recomendação do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco para auditoria: por mês, deverão ser selecionados randomicamente 2% dos episódios por classificador (mínimo de 10 episódios).

2. Tratar e consolidar os Dados:

- Exportar os dados para planilha eletrônica (Excel ou similar)
- Realizar a limpeza da base: Exclusão de registros duplicados; Exclusão de atendimentos cancelados ou inconsistentes;
- Aplicar filtro para identificar: Classificações completas; Classificações incompletas (ausência de qualquer campo obrigatório);
- Consolidar os dados: Total de classificações realizadas; Total de classificações completas;

3. Calcular o indicador:

Aplicar fórmula da matriz do indicador;

4. Realizar análise crítica inicial:

- Avaliar o desempenho frente à meta estabelecida;
- Identificar principais causas de não conformidade, tais como: Falhas de preenchimento; Problemas sistêmicos; Necessidade de capacitação da equipe;

5. Enviar para Validação pela Diretoria:

- Elaborar relatório sintético contendo: Resultado do indicador no período; Comparativo com meses anteriores (tendência); Análise crítica; Plano de ação (quando meta não atingida);
- Encaminhar para validação da Diretoria;
- Após validação, formalizar aprovação.

6. Consolidar no Relatório Gerencial de Resultados (RGR):

- Inserir os dados validados no Relatório Gerencial de Resultados (RGR) institucional, contendo: Nome do indicador; Resultado do mês; Meta; Tendência (gráfico); Status (atingido / não atingido); Principais ações implementadas.

7. Encaminhar para Monitoramento Mensal:

- Encaminhar o RGR para Equipe de monitoramento.

3.14 TAXA DE ACURÁCIA DO PROTOCOLO DE MANCHESTER

3.14.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.14 - TAXA DE ACURÁCIA DO PROTOCOLO DE MANCHESTER

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.14 – TAXA DE ACURÁCIA DO PROTOCOLO DE MANCHESTER
Descrição	A taxa de acurácia do Protocolo de Manchester mede o grau de concordância entre a Classificação de Risco atribuída no atendimento inicial e a classificação considerada correta após auditoria clínica, com base nos critérios do Protocolo de Manchester. Esse indicador avalia a precisão da decisão clínica na triagem, refletindo a capacidade da equipe em priorizar corretamente os pacientes conforme a gravidade, contribuindo diretamente para a segurança do paciente e a efetividade do fluxo assistencial.
Fundamentação	A acurácia do protocolo, ou seja, sua capacidade de classificar corretamente os pacientes de acordo com a gravidade de sua condição, é crucial para garantir que os recursos sejam alocados de forma adequada e que os pacientes recebam o tratamento oportuno. Além disso, proporciona ao serviço de saúde um atendimento muito mais eficaz, considerando que o tempo pode ser crucial para salvar vidas. Também permite a melhor organização da demanda, possibilitando o encaminhamento de pacientes para outras unidades, se necessário, evitando a superlotação. A exatidão do serviço garante que o atendimento tenha mais qualidade e melhora a previsibilidade do tempo de espera. Por outro lado, a gestão de recursos é otimizada, uma vez que reduz a necessidade de procedimentos de emergência, decorrentes da inobservância de fatores de risco antes do agravamento da condição clínica do paciente.
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa de Completude da Classificação de Risco = (Número de classificações de risco concordantes com a auditoria / Número total de classificações de risco auditadas) x 100 Onde: • Classificações de risco concordantes: aquelas em que a cor/prioridade atribuída inicialmente está de acordo com a avaliação do auditor (enfermeiro sênior ou médico habilitado no protocolo). • Total de classificações de risco auditadas: amostra de atendimentos revisados no período.
Resultado no período avaliado	Resultado referente ao trimestre avaliado.
Unidade de medida	Porcentagem.

<table>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Sistema de Gestão Hospitalar: Tasy.</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="28">TAXA DE ACURÁCIA DO PROTOCOLO DE MANCHESTER</td><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,</td><td>OUT/26</td><td>9° PA</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>NOV/26, DEZ/26, JAN//27</td><td>JAN/ 27</td><td>10° PA</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>FEV//27, MAR//27, ABR//27</td><td>ABR/27</td><td>11° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>MAI//27, JUN/27, JUL/27</td><td>JUL/27</td><td>12° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>JUL/27, AGO/27, SET/27</td><td>AGO/27, SET/27, OUT/27</td><td>OUT/27</td><td>13° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>OUT/27, NOV/27, DEZ/27</td><td>NOV/27, DEZ/27, JAN/28</td><td>JAN/28</td><td>14° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>JAN/28, FEV/28, MAR/28</td><td>FEV/28, MAR/28, ABR/28</td><td>ABR/28</td><td>15° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>ABR/28, MAI/28, JUN/28</td><td>MAI/28, JUN/28, JUL/28</td><td>JUL/28</td><td>16° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>JUL/28, AGO/28, SET/28</td><td>AGO/28, SET/28, OUT/28</td><td>OUT/28</td><td>17° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>OUT/28, NOV/28, DEZ/28</td><td>NOV/28, DEZ/28, JAN/29</td><td>JAN/29</td><td>18° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>JAN/29, FEV/29, MAR/29</td><td>FEV/29, MAR/29, ABR/29</td><td>ABR/29</td><td>19° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>ABR/29, MAI/29, JUN/29</td><td>MAI/29, JUN/29, JUL/29</td><td>JUL/29</td><td>20° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>JUL/29, AGO/29, SET/29</td><td>AGO/29, SET/29, OUT/29</td><td>OUT/29</td><td>21° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>OUT/29, NOV/29, DEZ/29</td><td>NOV/29, DEZ/29, JAN/30</td><td>JAN/30</td><td>22° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>JAN/30, FEV/30, MAR/30</td><td>FEV/30, MAR/30, ABR/30</td><td>ABR/30</td><td>23° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>ABR/30, MAI/30, JUN/30</td><td>MAI/30, JUN/30, JUL/30</td><td>JUL/30</td><td>24° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>JUL/30, AGO/30, SET/30</td><td>AGO/30, SET/30, OUT/30</td><td>OUT/30</td><td>25° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>OUT/30, NOV/30, DEZ/30</td><td>NOV/30, DEZ/30, JAN/31</td><td>JAN/31</td><td>26° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>JAN/31, FEV/31, MAR/31</td><td>FEV/31, MAR/31, ABR/31</td><td>ABR/31</td><td>27° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>ABR/31, MAI/31</td><td>MAI/31, JUN/31</td><td>JUL/31</td><td>28° PA</td><td>≥95%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>A Unidade ainda não possui linha de base, pois se trata de novo indicador a ser apurado.</td></tr>
<tr><td>Referências para cálculo das metas pactuadas</td><td>1. MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill. Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2. ed. brasileira. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), 2010.
2. Revista Gaúcha de Enfermagem. Acurácia do Sistema de Triagem de Manchester em um serviço de emergência. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/3XPM7C5PT3hFPD69TdNBthy/?lang=pt. Acesso em: 06 abr. de 2026.</td></tr>
</table>

3.14.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.14 - TAXA DE ACURÁCIA DO PROTOCOLO DE MANCHESTER

Para monitorar os dados da Classificação de risco:

1. **Coletar Dados no sistema TASY:**

O relatório poderá ser gerado por meio de relatórios padrão do sistema; ou por consulta personalizada (BI / SQL), quando necessário.

- A coleta será realizada mensalmente considerando o período do 1º ao último dia do mês de competência.
- A área responsável (Qualidade ou TI Assistencial) deverá acessar o módulo correspondente para extração do relatório (ver parametrização adotada);
- Extrair relatório contendo, no mínimo, os seguintes campos: Número do atendimento; Data e hora da classificação de risco; Profissional classificador; Queixa principal; Discriminador selecionado; Classificação de risco atribuída (cor); Tempo-alvo; Status de preenchimento dos campos obrigatórios;
- Selecionar amostra conforme recomendação do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco para auditoria: por mês, deverão ser selecionados randomicamente 2% dos episódios por classificador (mínimo de 10 episódios).

2. Proceder com auditoria das classificações de risco, para cada atendimento da amostra:

A auditoria deverá ser realizada por: Enfermeiro habilitado no protocolo; ou Médico habilitado com experiência no Protocolo de Manchester

- Reavaliar o caso com base nos dados registrados;
- Aplicar novamente o protocolo de forma independente;
- Definir a classificação considerada correta (padrão ouro);

3. Classificar os Resultados:

- Concordante (acurado): classificação inicial igual à classificação do auditor;
- Discordante: Supertriagem: classificação mais grave que o necessário; ou Subtriagem: classificação menos grave que o necessário (maior risco assistencial).

4. Consolidar os Dados:

- Total de atendimentos auditados;
- Total de classificações concordantes;
- Total de divergências (supertriagem e subtriagem)

5. Calcular o indicador:

Aplicar fórmula da matriz do indicador. Recomenda-se calcular também indicadores complementares:

- % de supertriagem
- % de subtriagem

6. Realizar análise crítica inicial:

- Avaliar o desempenho frente à meta estabelecida;
- Identificar principais causas de não conformidade, tais como: avaliar padrões de erro (por profissional; por turno; por fluxograma; por discriminador);
- Identificar causas: falha de interpretação do protocolo; registro incompleto; pressão assistencial; sobrecarga.

7. Enviar para Validação pela Diretoria:

- Elaborar relatório sintético contendo: Resultado do indicador no período; Comparativo com meses anteriores (tendência); Análise crítica; Plano de ação (quando meta não atingida);
- Encaminhar para validação da Diretoria;
- Após validação, formalizar aprovação.

8. Consolidar no Relatório Gerencial de Resultados (RGR):

- Inserir os dados validados no Relatório Gerencial de Resultados (RGR) institucional, contendo: Nome do indicador; Resultado do mês; Meta; Tendência (gráfico); Status (atingido / não atingido); Principais ações implementadas.

9. Encaminhar para Monitoramento Mensal:

- Encaminhar o RGR para Equipe de monitoramento.

3.15 TAXA DE CONCORDÂNCIA ENTRE OS AUDITORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME PROTOCOLO DE MANCHESTER

3.15.1 MATRIZ DO INDICADOR 3.15 – TAXA DE CONCORDÂNCIA ENTRE OS AUDITORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME PROTOCOLO DE MANCHESTER

<table>
<tr><th>NOME DO INDICADOR</th><th>INDICADOR 3.15 – TAXA DE CONCORDÂNCIA ENTRE OS AUDITORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME PROTOCOLO DE MANCHESTER</th></tr>
<tr><td>Descrição</td><td>Consiste na apuração da taxa de conformidade de auditoria conforme ao Protocolo de Manchester, que avalia o grau de consonância na classificação de risco atribuída a um mesmo paciente por diferentes auditores que utilizam o Protocolo.
Este indicador avalia a confiabilidade e consistência do processo de auditoria, garantindo que a análise da acurácia da triagem seja padronizada, reprodutível e isenta de variabilidade excessiva entre avaliadores.</td></tr>
<tr><td>Fundamentação</td><td>A aplicação do Protocolo de Manchester envolve a interpretação e julgamento clínico dos profissionais de saúde. A variabilidade na interpretação pode levar a diferentes classificações de risco para o mesmo paciente, impactando o fluxo de atendimento e a segurança do paciente.
A avaliação da concordância entre os auditores é fundamental para identificar a necessidade de treinamento e padronização na aplicação do protocolo, visando reduzir a variabilidade e garantir a qualidade da classificação de risco.</td></tr>
<tr><td>Fórmula de cálculo do indicador</td><td>Taxa de Conformidade de Auditoria da Classificação de Risco = Número de classificações de risco com concordância entre auditores / Número total de classificações de risco auditadas em dupla</td></tr>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Resultado referente ao trimestre avaliado.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Porcentagem.</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Sistema de Gestão Hospitalar: Tasy.</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="9">TAXA DE CONCORDÂNCIA ENTRE OS AUDITORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME PROTOCOLO DE MANCHESTER</td><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,</td><td>OUT/26</td><td>9° PA</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>NOV/26, DEZ/26, JAN//27</td><td>JAN/ 27</td><td>10° PA</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>FEV//27, MAR//27, ABR//27</td><td>ABR/27</td><td>11° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>MAI//27, JUN/27, JUL/27</td><td>JUL/27</td><td>12° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>JUL/27, AGO/27, SET/27</td><td>AGO/27, SET/27, OUT/27</td><td>OUT/27</td><td>13° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>OUT/27, NOV/27, DEZ/27</td><td>NOV/27, DEZ/27, JAN/28</td><td>JAN/28</td><td>14° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>JAN/28, FEV/28, MAR/28</td><td>FEV/28, MAR/28, ABR/28</td><td>ABR/28</td><td>15° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>ABR/28, MAI/28, JUN/28</td><td>MAI/28, JUN/28, JUL/28</td><td>JUL/28</td><td>16° PA</td><td>≥95%</td></tr>
<tr><td>JUL/28, AGO/28, SET/28</td><td>AGO/28, SET/28, OUT/28</td><td>OUT/28</td><td>17° PA</td><td>≥95%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

		OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	≥95%
		JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	≥95%
		ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	≥95%
		JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	≥95%
		OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	≥95%
		JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	≥95%
		ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	≥95%
		JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	≥95%
		OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	≥95%
		JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	≥95%
		ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	≥95%
Linha de base atualizada	A Unidade ainda não possui linha de base, pois se trata de novo indicador a ser apurado.					
Referências para cálculo das metas pactuadas	MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. 2. ed. brasileira. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), 2010.					

3.15.2 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO INDICADOR 3.15 – TAXA DE CONCORDÂNCIA ENTRE OS AUDITORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME PROTOCOLO DE MANCHESTER

Para monitorar os dados da Classificação de risco:

1. **Coletar Dados no sistema TASY:**

O relatório poderá ser gerado por meio de relatórios padrão do sistema; ou por consulta personalizada (BI / SQL), quando necessário.

- A coleta será realizada mensalmente considerando o período do 1º ao último dia do mês de competência.
- A área responsável (Qualidade ou TI Assistencial) deverá acessar o módulo correspondente para extração do relatório (ver parametrização adotada);
- Extrair relatório contendo, no mínimo, os seguintes campos: Número do atendimento; Data e hora da classificação de risco; Profissional classificador; Queixa principal; Discriminador selecionado; Classificação de risco atribuída (cor);
- Selecionar amostra conforme recomendação do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco para auditoria: por mês, deverão ser selecionados randomicamente 2% dos episódios por classificador (mínimo de 10 episódios).

2. **Proceder com auditoria independente das classificações de risco, para cada atendimento da amostra (Dupla Avaliação):**

Cada caso da amostra será avaliado por dois auditores independentes, devidamente capacitados no Protocolo de Manchester. A auditoria deve ocorrer de forma **cega**, ou seja:

- Um auditor não deve ter acesso à avaliação do outro;
- Não deve haver discussão prévia dos casos;

Cada auditor deverá:

- Reavaliar o caso com base nos registros disponíveis;
- Aplicar o protocolo de forma padronizada;
- Registrar a classificação de risco atribuída (cor/prioridade).

3. Classificar os Resultados:

Comparar as classificações atribuídas pelos dois auditores para cada caso e classificar os resultados em:

- Concordante: mesma classificação atribuída por ambos;
- Discordante: classificações diferentes.

4. Consolidar os Dados:

- Total de casos avaliados em dupla;
- Total de concordâncias;
- Total de discordâncias;

5. Calcular o indicador:

Aplicar fórmula da matriz do indicador. Opcionalmente, calcular o coeficiente de Kappa para análise mais robusta.

6. Analisar as discordâncias:

Avaliar os casos divergentes quanto a:

- Diferença de interpretação de fluxogramas;
- Uso inadequado de discriminadores;

- Falta de padronização na aplicação do protocolo;
- Classificar a gravidade da divergência: Leve (cores adjacentes), Moderada, Grave (ex.: vermelho x verde);

9. Realizar reunião de consenso:

Realizar reunião periódica entre os auditores para:

- Discutir os casos discordantes;
- Definir a classificação correta (consenso técnico);
- Padronizar entendimentos.

10. Realizar análise crítica inicial:

- Avaliar o desempenho frente à meta estabelecida;
- Identificar principais causas de não conformidade;

11. **Enviar para Validação pela Diretoria:**

- Elaborar relatório sintético contendo: Resultado do indicador no período; Comparativo com meses anteriores (tendência); Análise crítica; Plano de ação (quando meta não atingida);
- Encaminhar para validação da Diretoria;
- Após validação, formalizar aprovação.

12. Consolidar no Relatório Gerencial de Resultados (RGR):

- Inserir os dados validados no Relatório Gerencial de Resultados (RGR) institucional, contendo: Nome do indicador; Resultado do mês; Meta; Tendência (gráfico); Status (atingido / não atingido); Principais ações implementadas.

13. Encaminhar para Monitoramento Mensal:

- Encaminhar o RGR para Equipe de monitoramento.

4. ÁREA TEMÁTICA 04: GESTÃO DA PARCERIA

Valores fundamentais para a gestão de qualquer política pública, a legalidade e a transparência devem ser constantemente monitoradas e promovidas no âmbito do contrato de gestão. Como parte integrante da metodologia de avaliação dos Contratos de Gestão, constante no Decreto Estadual nº 47.553/2018, são realizadas checagens amostrais que analisam, periodicamente, amostras de todos os processos de compras e contratações da entidade sem fins lucrativos vencedora em relação ao(s) regulamento(s) aprovado(s).

Nessa perspectiva, a entidade sem fins lucrativos deverá elaborar e remeter à aprovação da Fhemig e da SEPLAG, na forma do supramencionado decreto, regulamentos próprios que disciplinem os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas. Os regulamentos deverão contemplar diretrizes comprometidas com as melhores práticas na área da integridade, com definição de código de ética e conduta, bem como políticas de compliance no âmbito das contratações e políticas de relacionamento com fornecedores e colaboradores.

Os indicadores que compõe essa área estão listados abaixo:

4.1 CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA

4.1.1 MATRIZ DO INDICADOR 4.1 – PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 4.1 – PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA
Descrição	Medida da efetividade das partes no cumprimento de ações pertinentes ao monitoramento do contrato de gestão.
Fundamentação	Uma das atribuições do Órgão Estatal Parceiro no acompanhamento e fiscalização do contrato de gestão é a realização das checagens amostrais periódicas sobre o período avaliatório, conforme metodologia pré-estabelecida pela SEPLAG, gerando-se relatório conclusivo. A apuração do percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral, que será utilizado para cálculo deste indicador, busca mensurar a conformidade desses processos, para garantir o cumprimento dos regulamentos próprios da entidade parceria que disciplinam os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas, e se coadunam com o objeto do contrato de gestão. Os Regulamentos próprios devem ser construídos segundo o manual disponibilizado no sítio eletrônico da SEPLAG, e aprovados tanto pelo Órgão Estatal Parceiro – OEP quanto pela SEPLAG. Para avaliar o percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral, a SEPLAG estruturou um modelo de relatório, que deve ser utilizado pelo OEP para demonstrar os processos analisados. Um dos itens desse relatório é a apuração do percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral, que será utilizado para cálculo deste indicador. Importa salientar que, caso exista a necessidade de realização de checagem de efetividade (que verifica a conformidade dos processos considerados inconformes pela equipe de checagem amostral quando da realização deste procedimento), o resultado a ser considerado será o apurado após a finalização do respectivo relatório.
Fórmula de cálculo do indicador	Conformidade dos Processos Analisados = (Número de processos analisados na checagem amostral que cumpriram os requisitos dos regulamentos próprios que disciplinam os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas/ Número total de processos analisados na checagem amostral) x 100. Onde: • Processos analisados na checagem amostral que cumpriram os requisitos: aqueles processos que foram aprovados pela comissão de monitoramento. • Total de processos analisados: todos os processos analisados pela comissão de monitoramento no período avaliado.
Resultado no período avaliado	Percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral periódica para o período avaliatório.

<table>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Percentual</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Relatórios de checagem amostral
Relatórios de efetividade, quando for o caso</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>
<table>
<tr><th>% de Execução da Meta</th><th>Pontuação</th></tr>
<tr><td>100%</td><td>10</td></tr>
<tr><td>de 90% a 99,99%</td><td>8</td></tr>
<tr><td>de 80% a 89,99%</td><td>6</td></tr>
<tr><td>de 0% a 79,99%</td><td>0</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>PERÍODO AVALIATÓRIO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="36">PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA</td><td>JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26</td><td>JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,</td><td>OUT/26</td><td>9° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>OUT/26, NOV/26, DEZ/26</td><td>NOV/26, DEZ/26, JAN//27</td><td>JAN/ 27</td><td>10° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JAN/27, FEV/27, MAR/27</td><td>FEV//27, MAR//27, ABR//27</td><td>ABR/27</td><td>11° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>ABR/27, MAI/27, JUN/27</td><td>MAI//27, JUN/27, JUL/27</td><td>JUL/27</td><td>12° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JUL/27, AGO/27, SET/27</td><td>AGO/27, SET/27, OUT/27</td><td>OUT/27</td><td>13° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>OUT/27, NOV/27, DEZ/27</td><td>NOV/27, DEZ/27, JAN/28</td><td>JAN/28</td><td>14° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JAN/28, FEV/28, MAR/28</td><td>FEV/28, MAR/28, ABR/28</td><td>ABR/28</td><td>15° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>ABR/28, MAI/28, JUN/28</td><td>MAI/28, JUN/28, JUL/28</td><td>JUL/28</td><td>16° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JUL/28, AGO/28, SET/28</td><td>AGO/28, SET/28, OUT/28</td><td>OUT/28</td><td>17° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>OUT/28, NOV/28, DEZ/28</td><td>NOV/28, DEZ/28, JAN/29</td><td>JAN/29</td><td>18° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JAN/29, FEV/29, MAR/29</td><td>FEV/29, MAR/29, ABR/29</td><td>ABR/29</td><td>19° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>ABR/29, MAI/29, JUN/29</td><td>MAI/29, JUN/29, JUL/29</td><td>JUL/29</td><td>20° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JUL/29, AGO/29, SET/29</td><td>AGO/29, SET/29, OUT/29</td><td>OUT/29</td><td>21° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>OUT/29, NOV/29, DEZ/29</td><td>NOV/29, DEZ/29, JAN/30</td><td>JAN/30</td><td>22° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JAN/30, FEV/30, MAR/30</td><td>FEV/30, MAR/30, ABR/30</td><td>ABR/30</td><td>23° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>ABR/30, MAI/30, JUN/30</td><td>MAI/30, JUN/30, JUL/30</td><td>JUL/30</td><td>24° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JUL/30, AGO/30, SET/30</td><td>AGO/30, SET/30, OUT/30</td><td>OUT/30</td><td>25° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>OUT/30, NOV/30, DEZ/30</td><td>NOV/30, DEZ/30, JAN/31</td><td>JAN/31</td><td>26° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JAN/31, FEV/31, MAR/31</td><td>FEV/31, MAR/31, ABR/31</td><td>ABR/31</td><td>27° PA</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>ABR/31, MAI/31</td><td>MAI/31, JUN/31</td><td>JUL/31</td><td>28° PA</td><td>100%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>
<table>
<tr><th>PERÍODO</th><th>PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA</th></tr>
<tr><td>2024</td><td>41,78%</td></tr>
<tr><td>2025</td><td>96,87%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Referências para cálculo das metas pactuadas</td><td>1. MINAS GERAIS. Lei nº 23.081, de 10 de agosto de 2018. Institui o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para as Entidades do Terceiro Setor e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário do Executivo, 2018.
2. MINAS GERAIS. Decreto nº 47.553, de 7 de dezembro de 2018. Regulamenta a qualificação de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, como</td></tr>
</table>

	Organização Social e a instituição do contrato de gestão e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário do Executivo, 2018.

4.1.2 METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 4.1 – PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA

1. **Apurar os processos de rateio:**

- Verificar planilha de rateio analisada pela referência administrativa contábil da Comissão de Monitoramento;
- Contabilizar total de processos apresentados;

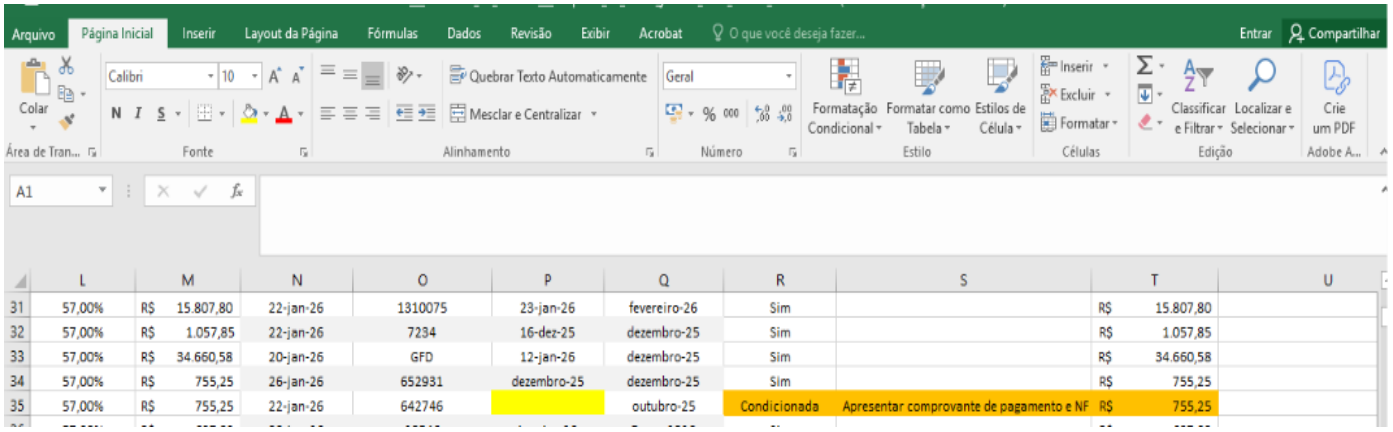
No exemplo abaixo, para o mês de janeiro de 2026, a planilha apresentada pelo parceiro possuía 78 processos de rateio.



Ordem	Classificação orçamentária	Nº Processo de Compra/Contratação	Nº Lançto da MC	Favorecido	Objeto da nota	Descrição do Item
76	Serviços de Terceiros PF		44 - Assessoria jurídica	ADELMO FARIA COIMBRA	Assessoria Jurídica	Serviços advocatícios autônomo
77	Serviços de Terceiros PF		44 - Assessoria jurídica	JOSE HUMBERTO NOZELLA	Assessoria Jurídica	Serviços advocatícios autônomo
78	Serviços de Terceiros PF		44 - Assessoria jurídica	ROMILDO CORREA DA SILVA	Assessoria Jurídica	Serviços advocatícios autônomo
						Totalizações
						Total geral

a. Contabilizar processos pendentes de documentos (em laranja/ amarelo);

No exemplo abaixo, para o mês de janeiro de 2026, a planilha apresentada pelo parceiro possuía 6 processos de rateio, que estavam irregulares, sendo solicito ao parceiro que fossem regularizados.



	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
31	57,00%	R$ 15.807,80	22-jan-26	1310075	23-jan-26	fevereiro-26	Sim		R$ 15.807,80	
32	57,00%	R$ 1.057,85	22-jan-26	7234	16-dez-25	dezembro-25	Sim		R$ 1.057,85	
33	57,00%	R$ 34.660,58	20-jan-26	GFD	12-jan-26	dezembro-25	Sim		R$ 34.660,58	
34	57,00%	R$ 755,25	26-jan-26	652931	dezembro-25	dezembro-25	Sim		R$ 755,25	
35	57,00%	R$ 755,25	22-jan-26	642746		outubro-25	Condicionada	Apresentar comprovante de pagamento e NF	R$ 755,25	

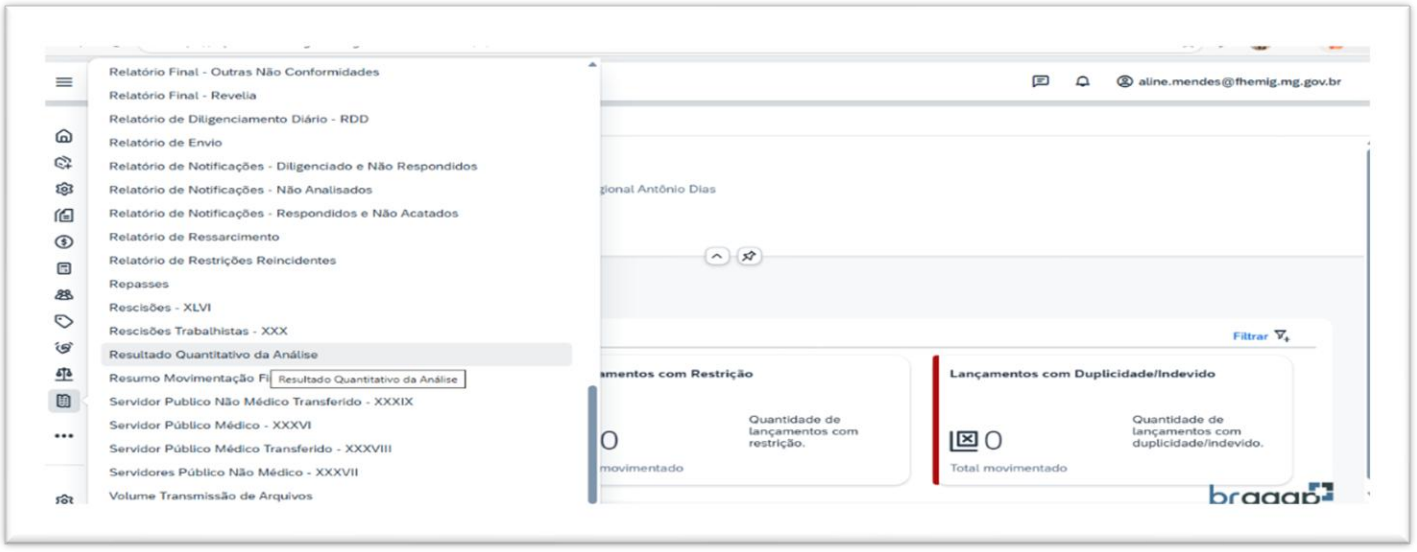
- Proceder o cálculo conforme fórmula, para apuração: 72/78 X 100 = 92,30%

- Incluir

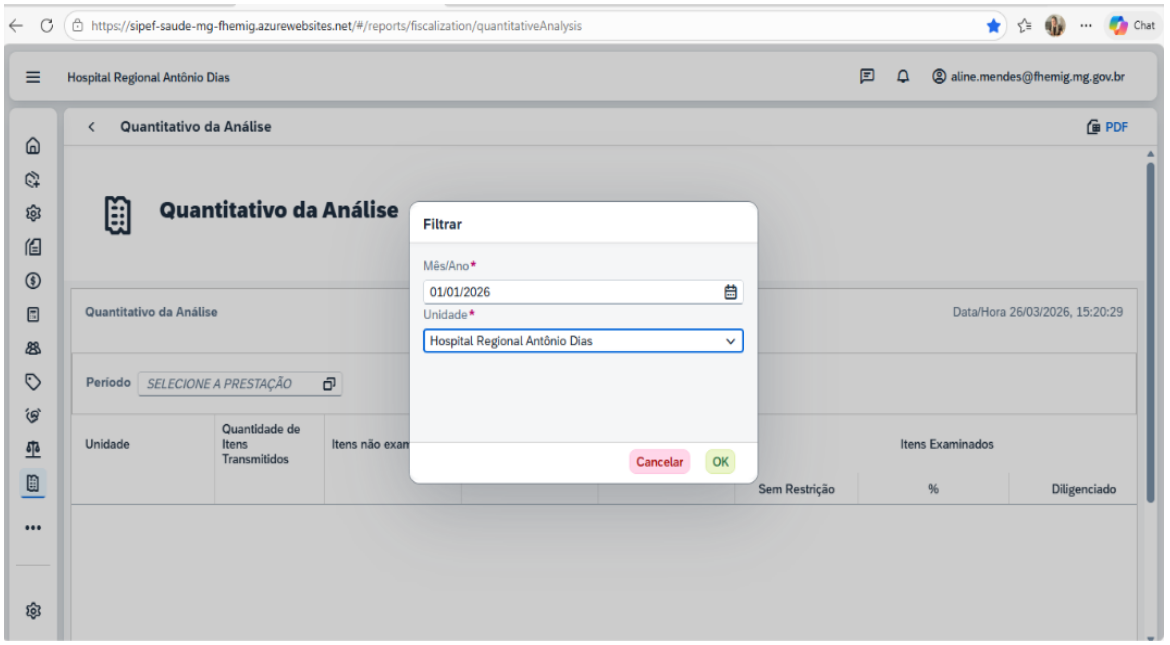
  no relatório de checagem;
- Após retorno dos processos irregulares sinalizados no relatório de checagem, com as correções realizadas pelo parceiro, realizar nova apuração: 74/78 X 100 = 94,87%
- Elaborar relatório de efetividade e incluir a apuração realizada.

2. Apurar os processos no BRGAAP

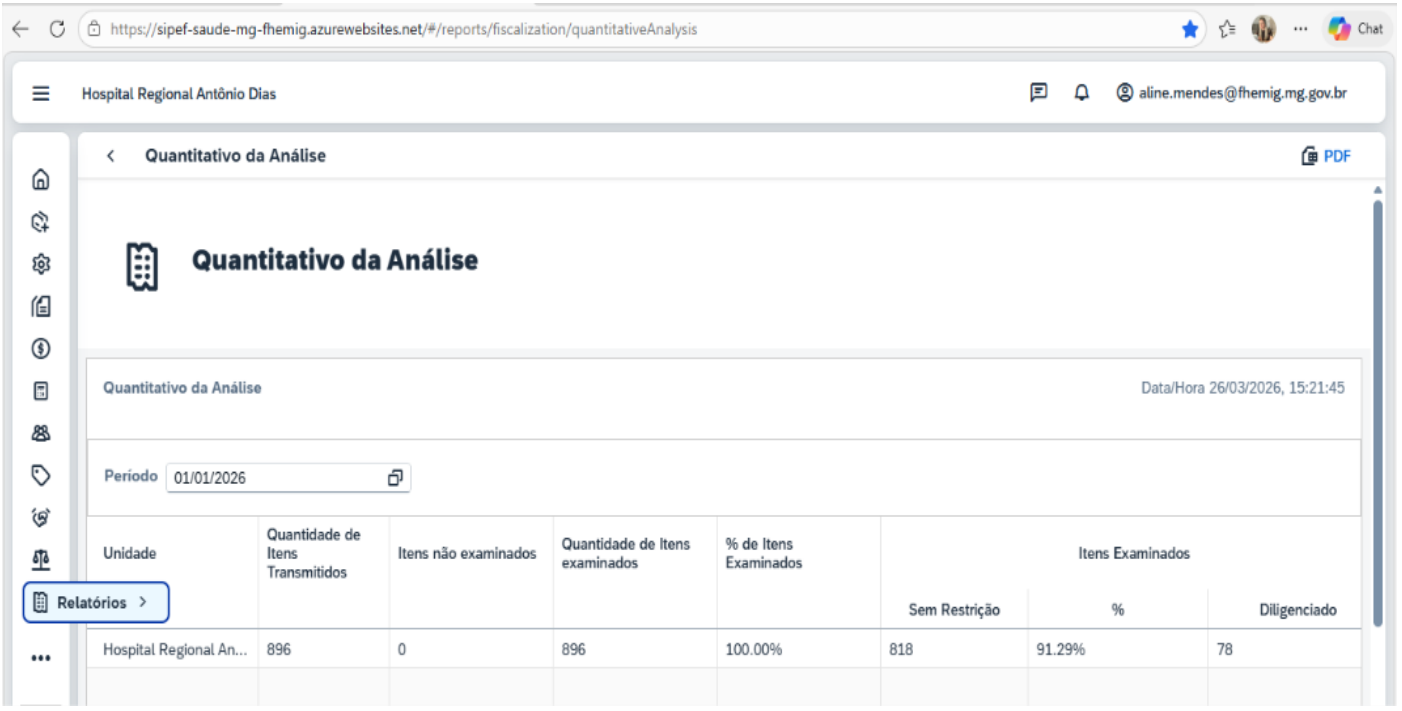
- Acessar o sistema e clicar em relatórios;
- Selecionar a opção “Resultado Quantitativo da Análise”;



- Selecionar o mês de competência e a unidade de referência e clicar em “OK”;

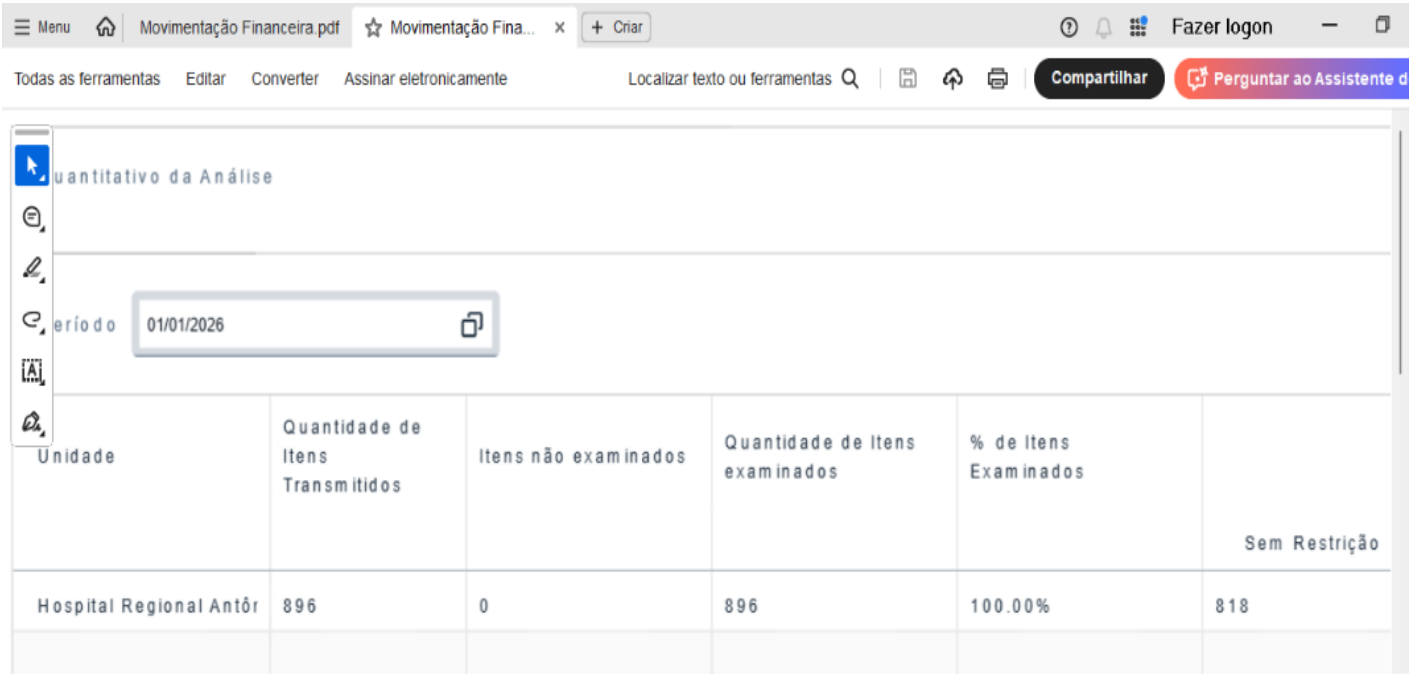


- Abrir a tela com informações para apuração; recomenda-se baixar a apuração em pdf, clicando no campo superior direito;



- Contabilizar total de processos apresentados: utilizar o quantitativo informado no campo “Quantidade de Itens Transmitidos”;

No exemplo abaixo, para o mês de janeiro de 2026, possuía 896 processos.



- Contabilizar processos pendentes de documentos: utilizar o quantitativo informado no campo “Itens Examinados sem restrição”;

No exemplo abaixo, para o mês de janeiro de 2026, apresentava 818 processos regulares.



- Proceder o cálculo conforme fórmula, para apuração: 818/896 X 100 = 91,92% ;
- Incluir no relatório de checagem;
- Após retorno dos processos irregulares sinalizados no relatório de checagem, com as correções realizadas pelo parceiro, realizar nova apuração, com base nas informações disponíveis no campo Acatado: 896/896 X 100 = 100% ;
- Elaborar relatório de efetividade e incluir a apuração realizada.

3. Apurar o Indicador

- Proceder com a soma dos dados apresentados para rateio e BRGAAP, para apurar o indicador: 94,87% + 100%/2 = 94,87%
- Utilizar o resultado encontrado para Compor o Relatório Gerencial de Resultados, referente ao Indicador 4.1.

4.2 CUMPRIMENTO DA EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

4.2.1 MATRIZ DO INDICADOR 4.2 – CUMPRIMENTO DA EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 4.2 - EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO
Descrição	Medida da efetividade das partes no cumprimento de ações pertinentes ao monitoramento do contrato de gestão.
Fundamentação	O objetivo deste indicador é verificar o cumprimento de atribuições de representantes do Órgão Estatal Parceiro e da OS na condução das atividades de monitoramento do contrato de gestão durante a execução deste instrumento jurídico. As atribuições inseridas neste indicador emanam da Lei Estadual nº 23.081 de 2018 que dispõem sobre a qualificação de pessoa jurídica de direito privado como OS e sobre a celebração de contrato de gestão entre a entidade qualificada e o Poder Público Estadual; do Decreto Estadual nº 45.969 de 2002, que regulamenta a Lei de Acesso à Informação; e de boas práticas observadas na gestão de contrato de gestão. O quadro de ações (conforme abaixo) será acompanhado pela equipe técnica da Superintendência Central de Parcerias com o Terceiro Setor da SEPLAG, ao final de cada período avaliatório do contrato de gestão, conforme os itens que se aplicarem a cada período avaliatório em questão
Fórmula de cálculo do indicador	Efetividade do Monitoramento = (Σ do número de ações previstas para o período avaliatório realizadas no prazo/Σ do número de ações previstas para o período avaliatório) x 10.
Resultado no período avaliado	Percentual de efetividade do monitoramento para o período avaliatório.
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Fonte de comprovação prevista, no quadro abaixo, para a cada ação e documento consolidado pela SCP/SEPLAG demonstrando o resultado alcançado.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	(realizado/meta) x 100.

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIATÓRIO	META
EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO	JUN/26 JUL/26, AGO/26, SET/26	JUL/26, AGO/26, SET/26, OUT/26,	OUT/26	9° PA	100%
	OUT/26, NOV/26, DEZ/26	NOV/26, DEZ/26, JAN//27	JAN/ 27	10° PA	100%
	JAN/27, FEV/27, MAR/27	FEV//27, MAR//27, ABR//27	ABR/27	11° PA	100%
	ABR/27, MAI/27, JUN/27	MAI//27, JUN/27, JUL/27	JUL/27	12° PA	100%
	JUL/27, AGO/27, SET/27	AGO/27, SET/27, OUT/27	OUT/27	13° PA	100%
	OUT/27, NOV/27, DEZ/27	NOV/27, DEZ/27, JAN/28	JAN/28	14° PA	100%
	JAN/28, FEV/28, MAR/28	FEV/28, MAR/28, ABR/28	ABR/28	15° PA	100%
	ABR/28, MAI/28, JUN/28	MAI/28, JUN/28, JUL/28	JUL/28	16° PA	100%
	JUL/28, AGO/28, SET/28	AGO/28, SET/28, OUT/28	OUT/28	17° PA	100%
	OUT/28, NOV/28, DEZ/28	NOV/28, DEZ/28, JAN/29	JAN/29	18° PA	100%
	JAN/29, FEV/29, MAR/29	FEV/29, MAR/29, ABR/29	ABR/29	19° PA	100%
	ABR/29, MAI/29, JUN/29	MAI/29, JUN/29, JUL/29	JUL/29	20° PA	100%
	JUL/29, AGO/29, SET/29	AGO/29, SET/29, OUT/29	OUT/29	21° PA	100%
	OUT/29, NOV/29, DEZ/29	NOV/29, DEZ/29, JAN/30	JAN/30	22° PA	100%
	JAN/30, FEV/30, MAR/30	FEV/30, MAR/30, ABR/30	ABR/30	23° PA	100%
	ABR/30, MAI/30, JUN/30	MAI/30, JUN/30, JUL/30	JUL/30	24° PA	100%
	JUL/30, AGO/30, SET/30	AGO/30, SET/30, OUT/30	OUT/30	25° PA	100%
	OUT/30, NOV/30, DEZ/30	NOV/30, DEZ/30, JAN/31	JAN/31	26° PA	100%
	JAN/31, FEV/31, MAR/31	FEV/31, MAR/31, ABR/31	ABR/31	27° PA	100%
	ABR/31, MAI/31	MAI/31, JUN/31	JUL/31	28° PA	100%

Linha de base atualizada

PERÍODO	EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO
2024	80,98%
2025	95,57%

Referências para cálculo das metas pactuadas

1. MINAS GERAIS. Lei nº 23.081, de 10 de agosto de 2018. Institui o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para as Entidades do Terceiro Setor e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário do Executivo, 2018.

2. MINAS GERAIS. Decreto nº 47.553, de 7 de dezembro de 2018. Regulamenta a qualificação de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, como Organização Social e a instituição do contrato de gestão e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário do Executivo, 2018.

4.2.2 AÇÕES PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 4.2 – EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

	Ação	Fonte de comprovação	Prazo	Responsável
1	Publicar, na Imprensa Oficial, ato do Dirigente Máximo do OEP instituindo a comissão de avaliação – CA.	Página da Publicação.	Até 10 dias úteis após a assinatura do CG ou sempre que houver alteração de algum membro.	OEP
2	Encaminhar, preferencialmente em meio digital, uma cópia do contrato de gestão e seus respectivos Termos Aditivos, bem como sua Memória de Cálculo para os membros designados para a comissão de avaliação	Cópia digitalizada do ofício de encaminhamento contendo o número do documento e do Processo no Sei	Até 5 dias úteis após a publicação que institui a comissão ou a cada publicação de alteração de seus membros	OEP
3	Manter atualizada a indicação do supervisor e do supervisor adjunto do contrato de gestão do	Contrato de gestão	Até 5 dias úteis antes da reunião da comissão de avaliação, e sempre que houver alteração	OEP
4	Manter atualizada a comissão de monitoramento do contrato de gestão	Contrato de gestão	Até 5 dias úteis antes da reunião da comissão de avaliação, e sempre que houver alteração	OEP
5	Disponibilizar o contrato de gestão (e respectivos Termos Aditivos) devidamente assinado nos sítios eletrônicos do OEP e da OS.	E-mail enviado para a SCP/SEPLAG, contendo o print screen das telas dos sítios eletrônicos.	Até 5 dias úteis após a assinatura do CG.	OEP e OS
6	Disponibilizar, no sítio eletrônico da OS, o ato de qualificação como OS Estadual e os documentos exigidos pelo art. 61 do Decreto Estadual nº 45.969 de 2002, que regulamenta a Lei de Acesso à Informação.	E-mail enviado para a SCP/SEPLAG, contendo o print screen das telas do sítio eletrônico.	Até 5 dias úteis após a assinatura do CG.	OS
7	Disponibilizar, no sítio eletrônico da OS, regulamentos próprios que disciplinam os Procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras e alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas.	E-mail enviado para a	Até 5 dias úteis após a aprovação pelo OEP, pelo OE se houver, e pela SEPLAG	OS
8	Encaminhar à comissão de monitorameno a cada período avaliatório, relatório gerencial de resultados (RGR) e relatório gerencial financeiro (RGF), devidamente assinados.	Cópia digitalizada do ofício de encaminhamento contendo o número do documento e do Processo SEI	Até 7 dias úteis após o final do período avaliatório	OS
9	Elaborar, a cada período avaliatório, relatório de monitoramento a ser encaminhado para a CA.	Cópia assinada do relatório de monitoramento.	Até 8 dias úteis após o recebimento do RGR e RGF.	OEP
10	Encaminhar aos membros da comissão de avaliação, a cada período avaliatório, relatório de monitoramento, com informações sobre a execução física e financeira pertinentes ao período analisado.	Cópia digitalizada do ofício de encaminhamento, contendo o número do documento e do Processo no SEI.	Antecedência mínima de 5 dias úteis da data da reunião da comissão de avaliação.	OEP
11	Realizar, a cada período avaliatório, as checagens amostrais periódicas e checagem de efetividade (esta se for o caso) gerando relatório(s) conclusivo(s)	Relatórios de checagens amostrais periódicas e checagem de efetividade, (este se for o caso).	Até 15 dias úteis após o final do período avaliatório.	OEP
12	Garantir, a cada período avaliatório, que as avaliações do contrato de gestão – reuniões da comissão de avaliação – sejam realizadas nos prazos previstos no contrato de gestão.	Relatórios da comissão de avaliação.	Cronograma de Avaliação previsto no contrato de gestão.	OEP
13	Disponibilizar os relatórios gerenciais de resultados e relatórios gerenciais financeiros, devidamente assinados, nos sítios eletrônicos do OEP e da OS.	E-mail enviado para a SCP/SEPLAG, contendo o print screen das telas dos sítios eletrônicos.	Até 5 dias úteis após a assinatura dos documentos.	OEP e OS
14	Disponibilizar os relatórios de monitoramento do contrato de gestão devidamente assinados, no sítio eletrônico do OEP ou da Política Pública e da OS.	E-mail enviado para a SCP/SEPLAG, contendo o print screen das telas dos sítios eletrônicos.	Até 5 dias úteis após a assinatura dos documentos.	OEP e OS
15	Disponibilizar os relatórios da comissão de avaliação, devidamente assinados, no sítio eletrônico do OEP ou da Política Pública e da OS.	E-mail enviado para a SCP/SEPLAG, contendo o print screen das telas dos sítios eletrônicos.	Até 5 dias úteis após a assinatura do documento.	OEP e OS

16	Realizar reunião com os dirigentes máximos do OEP, dirigente da OS e representante da Seplag, para reportar informações relevantes acerca da execução do contrato de gestão.	Lista de presença da reunião.	Semestralmente	OEP
17	Comunicação pela parte interessada quanto ao interesse na celebração de Termo Aditivo ao contrato de gestão.	Ofício ou correio eletrônico do Dirigente Máximo do OEP ou da OS.	Antecedência de 60 dias da assinatura do Termo Aditivo.	OEP ou OS