



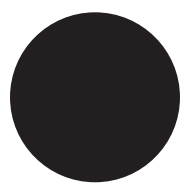
Saúde  
Pública  
Carioca



# MANUAL

# FICHA TÉCNICA DE INDICADORES ASSISTENCIAIS ATENÇÃO HOSPITALAR





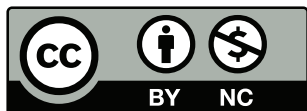
**Saúde  
Pública  
Carioca**



**MANUAL**

**FICHA TÉCNICA  
DE INDICADORES  
ASSISTENCIAIS  
ATENÇÃO HOSPITALAR**

Rio de Janeiro/RJ  
2023



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

© 2023 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) / Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio) / Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE)

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8.º andar — Cidade Nova — Rio de Janeiro/RJ — CEP: 20211-110

<http://saude.prefeitura.rio/>

#### **Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

#### **Secretário Municipal de Saúde**

Rodrigo Prado

#### **Subsecretária Executiva**

Vitória Vellozo

#### **Subsecretária de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência**

Teresa Cristina Navarro Vannucci

#### **Superintendente de Urgência e Emergência**

Paulo Silveira

#### **Superintendente de Hospitais Gerais e Especializados**

Aline Afonso

#### **Superintendente de Hospitais Pediátricos e Maternidades**

Marcio Ferreira

#### **Superintendente de Saúde Mental**

Hugo Fagundes

#### **Elaboração**

Cíntia Costa Ferreira — Enfermeira especialista em Neonatologia e Enfermagem do Trabalho

Conrado Weber — Médico especialista em Cardiologia e MBA em Gestão da Saúde pela Fundação João Goulart

Noângela Nascimento — Enfermeira Especialista em Gestão de Qualidade e Processos, MBA Executivo em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas, Mestranda em Gestão de Cuidados de Saúde pela University of Science Technology — MUST — Flórida USA

#### **Colaboração**

Alyne Martins — Enfermeira e MBA em Gestão da Saúde e Controle de Infecção Hospitalar

Evelin Anastácia Corrêa Machado Santos — Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva Adulto e Terapia Infusional, MBA em Gestão com ênfase em administração hospitalar

Germana Périssé — Médica especialista em Geriatria e Gerontologia e Mestre em Saúde Coletiva

Girlana Cicera Lopes Marano — Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória

Grace Elaine Louzada Mello — Enfermeira Especialista em Gestão Hospitalar e CCIH

Rosana Rangel — Médica infectologista e Mestre em Doenças Infectocontagiosas pela UFRJ

Teresa Cristina Brasil Ferreira — Enfermeira especialista em Segurança do Paciente; Mestre em Ciências da Saúde (UFF); e MBA em Gestão de Emergências no SUS/IEP-HSL

Marta Ferreira Cortes — Enfermeira especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Certificada pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (*Manchester Triage Group Protocol*)

#### **Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Clarissa Mello

Patricia Avolio

#### **Capa**

Ricardo Loureiro

#### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Sandra Araujo

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	5
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES</b> .....	6
Movimentos de pacientes.....	6
Classificação de leitos.....	8
Medidas hospitalares .....	10
<b>FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES</b> .....	10
<b>I) Indicadores de eficiência e efetividade</b> .....	11
1. Tempo médio de permanência.....	11
2. Índice de giro .....	11
3. Taxa de ocupação .....	12
4. Taxa de ocupação operacional .....	12
5. Taxa de mortalidade hospitalar .....	13
6. Taxa de mortalidade institucional .....	14
7. Taxa de mortalidade padronizada em UTI .....	14
8. Taxa de suspensão de cirurgias.....	15
9. Tempo médio de permanência em salas de observação.....	15
10. Taxa de avaliação nutricional nas primeiras 24 horas de internação.....	16
11. Taxa de mortalidade pós-operatória .....	16
12. Taxa de readmissão em UTI.....	17
13. Taxa de retorno não planejado à sala cirúrgica.....	18
14. Taxa de cesarianas .....	18
15. Taxa de asfixia perinatal .....	19
<b>II) Indicadores do domínio da segurança</b> .....	19
16. Taxa de infecção em sítio cirúrgico de cirurgias limpas .....	19
17. Taxa de infecção hospitalar.....	20
18. Indicador de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) na UTI (adultos)...	20
19. Indicador de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) na UTI (pediátrica)...	22
20. Indicador de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) na UTI (neonatologia)...	23
21. Indicador de Infecção na Corrente Sanguínea (ICS) na UTI (adultos e pediatria)....	24
22. Indicador de Infecção na Corrente Sanguínea (ICS) na UTI (neonatologia).....	25
23. Indicador de Infecção no Trato Urinário (ITU) na UTI .....	26
24. Taxa de incidência de queda.....	27
25. Taxa de incidência de lesão por pressão.....	28
26. Incidência de extubação acidental em UTI.....	29

27. Incidência de perda de sonda nasogastrointestinal para suporte nutricional.....	29
28. Taxa de adesão ao padrão de cirurgia segura.....	30
29. Taxa de erros de prescrição com notificação ao NSP.....	31
30. Taxa de erros na administração de medicação com notificação ao NSP.....	31
31. Taxa de erros na dispensação de medicamentos com notificação ao NSP.....	32
32. Taxa de eventos adversos devido a falhas de identificação do paciente.....	33
33. Taxa de pacientes com pulseiras padronizadas.....	33
34. Taxa de pacientes submetidos à avaliação de risco de queda na admissão.....	34
35. Taxa de pacientes submetidos à avaliação de risco por lesão por pressão.....	35
36. Taxa de prescrições revisadas por farmacêutico antes da dispensação.....	35
37. Taxa de eventos adversos notificados ao NOTIVISA.....	36
<b>III) Indicadores de acesso.....</b>	<b>36</b>
38. Percentual de pacientes atendidos por médico.....	36
39. Tempo médio de espera por faixa de classificação.....	37
40. Tempo médio de espera entre o registro e o atendimento médico.....	37
41. Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico.....	38
<b>IV) Indicadores para a atenção domiciliar.....</b>	<b>38</b>
42. Taxa de lesão por pressão na atenção domiciliar.....	38
43. Taxa de infecção durante a atenção domiciliar.....	39
44. Taxa de internação hospitalar de usuários da atenção domiciliar.....	39
45. Taxa de alta de usuários da atenção domiciliar.....	39
46. Taxa de mortalidade de usuários a atenção domiciliar.....	40
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>

# APRESENTAÇÃO

A Cartilha de Indicadores da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência foi elaborada com o objetivo de consolidar, num único instrumento, os elementos descritivos dos principais indicadores assistenciais aplicáveis aos diversos perfis de unidades que compõem a Subsecretaria. Pretende-se ofertar ao gestor, pesquisador, estudante ou a qualquer profissional interessado as notas técnicas fundamentais para a aplicação dos indicadores em seus serviços, setores ou unidades de saúde, assegurando a obtenção de resultados coerentes, comparáveis e replicáveis. Cada indicador está apresentado com conceituação, aplicação, interpretação e fórmula para obtenção fundamentadas na bibliografia apresentada.

## INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, o aumento na demanda e na complexidade da assistência à saúde aconteceu na proporção direta do crescimento do conhecimento acumulado e na complexidade dos procedimentos envolvidos. Consequentemente, as organizações de saúde passaram a gerar e manipular uma quantidade crescente de dados e informações referentes à sua estrutura, aos processos e seus resultados.

Para a gestão moderna dos serviços de saúde, é fundamental o conhecimento e a aplicação desses indicadores qualitativos e quantitativos do desempenho dos processos, satisfação dos clientes, e aplicação de recursos. Os indicadores devem representar o conjunto de dados relevantes para que uma determinada organização possa monitorar a adequação e a eficácia de seus processos, permitindo a verificação da necessidade de melhorias.

Não só na saúde, mas na maioria das atividades, o resultado isolado de um indicador é bem menos importante do que sua série histórica, gerando tendências evolutivas e permitindo comparações com estruturas tecnicamente assemelhadas.

Na esteira da avaliação da atenção à saúde, o status almejado de qualidade poderá ser aferido por diferentes grupos de indicadores, com competências (domínios) distintas para representar os diversos aspectos da organização: a segurança para os clientes, a eficiência de seus processos, a efetividade de suas práticas ou o grau de facilidade de acesso dos usuários aos serviços.

Indicadores como tempo médio de permanência, giro de leito, taxa de ocupação ou taxa de suspensão de cirurgias eletivas avaliam, principalmente, a eficiência da organização, a qualidade e a agilidade de seus processos e, consequentemente, a qualidade da aplicação dos recursos disponíveis.

Além da eficiência de processos, a qualidade em saúde exige um monitoramento constante das boas práticas clínicas, ou seja, a efetividade na escolha das condutas e dos protocolos adequados. Indicadores como taxa de mortalidade institucional, mortalidade padronizada e índice de asfixia perinatal possuem domínio preponderante para aferir a efetividade da atenção à saúde.

Não exclusivamente, mas principalmente para as unidades de urgência ou emergência, é importante que sejam monitoradas as condições do acesso do cliente aos serviços existentes, papel de indicadores como tempo de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico ou o tempo médio de espera por faixa de classificação.

Finalmente, temos o grupo de indicadores que atualmente representam a maior preocupação da gestão da qualidade: o cuidado das instituições com as práticas assistenciais que objetivam evitar danos aos pacientes. Neste grupo de indicadores de segurança encontram-se não somente os indicadores que monitoram os eventos de segurança propriamente dita, mas também aqueles de prevenção de infecções hospitalares, tais como: índice de infecção associada à ventilação mecânica, taxa de infecção em sítio cirúrgico de cirurgia limpa, índice de queda, índice de lesão por pressão ou taxa de adesão às práticas da cirurgia segura.

A avaliação das atividades de saúde por meio de indicadores não é obrigação exclusiva da alta gestão das organizações, mas consiste em preocupação desejável para outros níveis hierárquicos. A maioria dos indicadores descritos a seguir não possui aplicabilidade exclusiva para a totalidade da organização, mas devem ser aplicados a serviços ou setores específicos da unidade. Tempo médio de permanência, giro de leito, taxa de mortalidade, índice de queda, índice de lesão por pressão, por exemplo, podem ser mensurados para o hospital inteiro ou para um setor específico de interesse.

Finalmente, considerando que um indicador adequado deva ser simples (relação matemática clara), inteligível (fácil entendimento para usuários e analistas), objetivo (não depender da interpretação do observador), estável (numerador e denominador são constantes ao longo do tempo), específico (capta eventos bem definidos), sensível (capaz de detectar pequenas flutuações) e rastreável (conhecimento e controle de suas variáveis), é fundamental que todos os envolvidos com o acompanhamento de indicadores adotem critérios uniformes para sua obtenção, sendo esta a motivação para a elaboração desta cartilha.

## GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES

As definições constantes da Portaria SAS n.º 312, de 2 de maio de 2002, são essenciais para o entendimento da dinâmica hospitalar e a correta formulação dos indicadores de desempenho. Descrevemos na sequência os principais termos.

### MOVIMENTOS DE PACIENTES

#### **Observação Hospitalar**

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

#### **Internação Hospitalar**

Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por período igual ou superior a 24 horas. Orienta-se, ainda, que todos os casos de óbito ocorridos dentro da unidade hospi-

talar devam ser considerados internações, mesmo que a duração da internação tenha sido inferior a 24 horas.

### **Censo hospitalar diário**

É a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação. Deve-se levar em consideração os leitos bloqueados e os extras, assim como a contagem de admissões, altas, óbitos, transferências internas e externas, e evasões ocorridas nas 24 horas relativas ao censo.

### **Entrada**

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

### **Saída**

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

### **Alta**

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

### **Evasão**

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

### **Desistência do tratamento**

No caso de desistência do tratamento, a saída também ocorre sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que se encontrava internado. O termo é considerado sinônimo de “alta a pedido”.

### **Transferência interna**

Mudança do paciente de uma unidade de internação para outra, dentro do mesmo hospital. Não ocorre alta nem nova internação, ou seja, toda a sua permanência dentro do hospital corresponde à mesma internação.

### **Transferência externa**

Mudança do paciente de um hospital para outro.

### **Óbito hospitalar**

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



## **Óbito institucional**

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

## **Hospital-dia**

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

## **Reinternação**

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

# **CLASSIFICAÇÃO DE LEITOS**

## **Leito hospitalar de internação**

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

## **Leito hospitalar de observação**

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

## **Leito instalado**

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

## **Leito operacional**

Leito em utilização ou passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.

## **Leito bloqueado**

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

## **Leito ocupado**

Leito que está sendo utilizado por um paciente.

## **Leito vago**

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

**Leito extra**

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

**Leito de isolamento**

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

**Leito de pré-parto**

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

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

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

**Leito de tratamento intensivo**

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

**Leito de tratamento semi-intensivo**

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

**Leito de longa permanência**

Leito hospitalar cuja duração média de internação é maior ou igual a trinta dias, definidos como leitos de cuidados prolongados pela portaria MS-GM n.º 2.809, de 7 de dezembro de 2012.

**Alojamento conjunto**

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

**Leito de berçário para recém-nascido sadio**

Berço destinado ao recém-nascido sadio e localizado em berçário, longe do leito da mãe. Este leito não é contabilizado como leito hospitalar de internação.

**Leito de internação em berçário**

Berço destinado a recém-nascidos prematuros ou que apresentem patologias que necessitem de tratamento hospitalar. Neste caso, o recém-nascido passa a ser considerado formalmente um paciente do hospital (uma internação), o que não ocorre com o recém-nascido sadio.

**Leito infantil**

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

## MEDIDAS HOSPITALARES

### **Dia hospitalar**

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

### **Leito-dia**

Unidade que representa a disponibilidade de um leito de internação por um dia hospitalar. Correspondem aos leitos operacionais.

### **Paciente-dia**

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

### **Capacidade hospitalar instalada**

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

### **Capacidade hospitalar operacional**

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

### **Média de pacientes-dia**

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

## FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES

Os indicadores estão apresentados em fichas técnicas contendo sua descrição conceitual, fórmula de cálculo, fonte para obtenção dos dados, interpretação dos valores encontrados, relevância de sua utilização, além de referências bibliográficas. As fichas indicam, também, para cada indicador, qual domínio da qualidade é predominantemente aferido por ele.

- 1. Domínio da efetividade:** Mensura resultados associados a procedimentos, condutas ou adesão a protocolos técnicos. São indicadores para a verificação de boas práticas clínicas.
- 2. Domínio da eficiência:** Mensura a qualidade e a agilidade de processos, o nível de organização da unidade avaliada ou a qualidade da aplicação dos recursos disponíveis.
- 3. Domínio da segurança:** Indicadores que refletem o cuidado das instituições com as práticas assistenciais que objetivam evitar danos aos pacientes.
- 4. Domínio do acesso:** Mensuram as condições facilitadoras para a entrada do paciente na unidade, especialmente nas situações de livre demanda.

Visando ao didatismo da apresentação, os indicadores estão dispostos na seguinte ordem:

- I) Indicadores de eficiência e efetividade;
- II) Indicadores do domínio da segurança;
- III) Indicadores de acesso;
- IV) Indicadores específicos para a atenção domiciliar.

## I) INDICADORES DE EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE

NOME	1. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial)
Conceito	Avalia o tempo médio em dias que os pacientes internados para assistência permanecem na unidade de internação.
Método de cálculo	$\sum$ de pacientes-dia no período / $\sum$ de saídas (altas + óbitos + transferências externas) do setor no período
Interpretação	Avalia a média de permanência do paciente em internação hospitalar. O aumento do tempo de permanência aumenta o risco de infecção hospitalar e reduz o giro de leitos, aumentando o custo da internação.
Fonte de dados	Censo hospitalar (global da unidade ou específico de determinado setor).
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema; Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde — SAS. Portaria n.º 312, de 2 de maio de 2002. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.

NOME	2. ÍNDICE DE GIRO
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial)
Conceito	Representa utilização do leito hospitalar durante o período. Considerado Indicador hospitalar de produtividade.
Método de cálculo	$\sum$ de saídas (altas + óbitos + transferências externas) no período / Total de leitos
Interpretação	Representa a eficiência da utilização do leito hospitalar. Os maiores giros relacionam-se a menores tempos médios de permanência, portanto maior produtividade do leito.
Fonte de dados	Censo hospitalar (global da unidade ou específico de determinado setor).
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional.

NOME	2. ÍNDICE DE GIRO
Referências	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde — SAS. Portaria n.º 312, de 2 de maio de 2002. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.</p> <p>ZUCCHI, Paola, BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. e HADDAD, Nagib. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica, nov. 1998, vol. 4, n. 5. ISSN 1020-4989.</p>

NOME	3. TAXA DE OCUPAÇÃO
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional)
Conceito	<p>Avalia a utilização e a gestão do leito operacional no serviço. Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência. Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos-dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras. Termos equivalentes: taxa de ocupação hospitalar instalada e percentagem de ocupação. Caso o hospital faça uso constante de leitos extras, a taxa de ocupação hospitalar estará acima de 100%, o que é uma informação importante do ponto de vista gerencial.</p>
Método de cálculo	$\frac{\sum \text{de pacientes-dia no período}}{\sum \text{de leitos-dia no período}} \times 100$
Interpretação	<p>Quanto maior o resultado do indicador, melhor. A taxa de ocupação hospitalar está diretamente relacionada à disponibilidade de leitos ofertados ao sistema de saúde. Quanto menor a taxa de ocupação, maior a possibilidade de aumento dos custos hospitalares por leitos ociosos. No entanto, taxas superiores a 85% e, principalmente, as superiores a 100% sugerem insuficiência de capacidade instalada ou hipossuficiência operacional.</p>
Fonte de dados	Censo hospitalar (global da unidade ou específico de determinado setor).
Relevância	<p>Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos em todo o hospital para o sistema de saúde. Avalia o grau de utilização dos leitos operacionais no hospital como um todo.</p>
Referências	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde — SAS. Portaria n.º 312, de 2 de maio de 2002. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.</p>

NOME	4. TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional)

NOME	4. TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL
Conceito	Avalia a utilização e a gestão do leito operacional no serviço. Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência. Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos-dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, excluindo os leitos bloqueados e incluindo os leitos extras.
Método de cálculo	$\Sigma$ de pacientes-dia no período / $\Sigma$ de leitos-dia no período X 100
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. A taxa de ocupação hospitalar está diretamente relacionada à disponibilidade de leitos ofertados ao sistema de saúde. Quanto menor a taxa de ocupação, maior a possibilidade de aumento dos custos hospitalares por leitos ociosos. No entanto, taxas superiores a 85% e, principalmente, as superiores a 100% sugerem insuficiência de capacidade instalada ou hipossuficiência operacional.
Fonte de dados	Censo hospitalar (global da unidade ou específico de determinado setor).
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos em todo o hospital para o sistema de saúde. Avalia o grau de utilização dos leitos operacionais no hospital como um todo.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde — SAS. Portaria n.º 312, de 2 de maio de 2002. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.

NOME	5. TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial)
Conceito	Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar.
Método de cálculo	$\Sigma$ de óbitos do período / $\Sigma$ do total de saídas no mesmo período X 100
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. O indicador destina-se a sinalizar a existência de um problema e a necessidade de uma investigação mais detalhada. Alta mortalidade relativa deve ser vista como um fato desencadeador de uma investigação mais detalhada.
Fonte de dados	Censo hospitalar (global da unidade ou específico de determinado setor).
Relevância	Monitora a qualidade do cuidado.

<b>NOME</b>	<b>5. TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR</b>
<b>Referências</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde — SAS. Portaria n.º 312, de 2 de maio de 2002. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.

<b>NOME</b>	<b>6. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL</b>
<b>Domínio</b>	EFETIVIDADE (Assistencial)
<b>Conceito</b>	Relação percentual entre o número de óbitos que ocorrem após decorridas, pelo menos, 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente e o número de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período. Mede a mortalidade ocorrida após as primeiras 24 horas da admissão hospitalar.
<b>Método de cálculo</b>	$\sum$ de óbitos ocorridos depois de 24 horas de internação no período / $\sum$ do total de saídas no mesmo período X 100
<b>Interpretação</b>	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. O indicador destina-se a sinalizar a existência de um problema e a necessidade de uma investigação mais detalhada. Alta mortalidade relativa deve ser vista como um fato desencadeador de uma investigação mais detalhada.
<b>Fonte de dados</b>	Censo hospitalar (global da unidade ou específico de determinado setor).
<b>Relevância</b>	Monitora a qualidade do cuidado.
<b>Referências</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde — SAS. Portaria n.º 312, de 2 de maio de 2002. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.

<b>NOME</b>	<b>7. TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA EM UTI</b>
<b>Domínio</b>	EFETIVIDADE (Assistencial)
<b>Conceito</b>	Relação entre a taxa de mortalidade absoluta encontrada na UTI em um determinado período e a taxa de mortalidade prevista ou estimada por escores de gravidade (SAPS 3, APACHE II, PRISM...) no mesmo período. O indicador pode ser aplicado na unidade intensiva como um todo ou sobre grupos específicos de diagnósticos ou situações clínicas (p.ex.: sepse, trauma, pós-operatório).
<b>Método de cálculo</b>	Taxa de mortalidade observada / Taxa de mortalidade estimada pelo escore de risco.
<b>Interpretação</b>	Resultados < 1 indicam que a mortalidade observada foi inferior à mortalidade esperada, indicando efetividade da unidade.
<b>Fonte de dados</b>	Unidades de Terapia Intensivas (adultas, pediátricas, neonatais, coronarianas etc.).



NOME	7. TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA EM UTI
Relevância	Indicador de efetividade que monitora a qualidade da assistência.
Referências	SAKR Y, KRAUSS C, AMARAL AC <i>et al.</i> — Comparison of the performance of SAPS II, SAPS 3, APACHE II, and their customized prognostic models in a surgical intensive care unit. <i>Br J Anaesth</i> 2008;101:798-803.  JUNIOR, João Manoel Silva <i>et al.</i> Aplicabilidade do Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS 3) em Hospitais Brasileiros. <i>Rev. Bras. de Anest.</i> Vol. 60, n. 1, Janeiro-Fevereiro, 2010.

NOME	8. TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial)
Conceito	Quantidade de cirurgias agendadas no mapa operatório da unidade que não foram realizadas. Incluir todas as causas determinantes da suspensão, uma vez que elas podem indicar fragilidades, desde o preparo pré-operatório do paciente até a qualidade da organização do serviço cirúrgico. Cirurgias de emergência, logo não agendadas, não devem ser incluídas no cálculo do indicador.
Método de cálculo	$\Sigma$ de cirurgias agendadas canceladas / $\Sigma$ de cirurgias agendadas X 100
Interpretação	Taxas de suspensão elevadas indicam falhas no preparo dos pacientes ou na organização do serviço cirúrgico/centro cirúrgico.
Fonte de dados	Registros hospitalares / Centro cirúrgico.
Relevância	Monitora a qualidade da linha de cuidado cirúrgico e a eficiência da assistência.
Referências	SODRÉ, R.L. — Suspensão de cirurgias no Centro Cirúrgico do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. <i>Rev. Adm. Saúde (On-line)</i> , São Paulo, v. 21, n. 85: e307, out. — dez. 2021, Epub 03 jan. 2022.

NOME	9. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA EM SALAS DE OBSERVAÇÃO
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial)
Conceito	As salas de observação de Unidades de Pronto Atendimento ou outros setores de urgência não constituem unidades de internação. Por isso, espera-se que a permanência não seja superior a 24 horas, sinalizando que para aqueles pacientes que não receberam alta foi assegurada sua transferência para o leito hospitalar adequado.
Método de cálculo	$\Sigma$ do total de pacientes-dia no período / $\Sigma$ de saídas das salas de observação



<b>NOME</b>	<b>9. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA EM SALAS DE OBSERVAÇÃO</b>
<b>Interpretação</b>	Espera-se que o tempo médio de permanência seja inferior a 1 dia.
<b>Fonte de dados</b>	Registros das unidades de urgência e emergência.
<b>Relevância</b>	Eficiência na gestão da sala de observação e qualidade na assistência.
<b>Referências</b>	<p>Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, SAS, Política nacional de Humanização — 1. ed. 1. reimpr. — Brasília: Ministério da Saúde, 2010.</p> <p>Ministério da Saúde — GM. Portaria n.º 10, de 3 de janeiro de 2017. Diretrizes do modelo assistência UPA 24h.</p>

<b>NOME</b>	<b>10. TAXA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NAS PRIMEIRAS 24 HORAS DE INTERNAÇÃO</b>
<b>Domínio</b>	EFICIÊNCIA (Assistencial)
<b>Conceito</b>	Avalia a triagem nutricional pelo nutricionista no primeiro dia de hospitalização.
<b>Método de cálculo</b>	$\Sigma$ de pacientes com avaliação nas primeiras 24 horas de internação / $\Sigma$ de internações no período X 100
<b>Interpretação</b>	Quanto mais alto o índice, melhor.
<b>Fonte de dados</b>	Serviço de Nutrição e Dietética.
<b>Relevância</b>	Essencial para a segurança da assistência.
<b>Referências</b>	<p>ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Projeto Diretrizes. Terapia Nutricional: Indicadores de Qualidade. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia Elaboração Final: 25 de agosto de 2011 Participantes: Waitzberg DL, Enck CR, Miyahira NS, Mourão JRP, Faim MMR, Oliseski M, Borges A.</p> <p>VEROTI. C.C.G. Contribuição para Seleção de Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina: São Paulo, 2012.</p> <p>WAITZBERG. D. Indicadores de qualidade em terapia nutricional. 1 Ed. Editora: Ilsi. 2008.</p>

<b>NOME</b>	<b>11. TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA</b>
<b>Domínio</b>	EFETIVIDADE (Assistencial)

NOME	11. TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA
Conceito	Avalia o risco de óbitos cirúrgicos em até 7 dias da cirurgia dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, inclusive cesárea. Está relacionado ao risco anestésico e ao ato cirúrgico, avaliada por meio da Escala ASA — risco anestésico dos pacientes.
Método de cálculo	$\sum$ de óbitos pós-operatórios (até 7 dias) no período / $\sum$ de cirurgias no período X 100
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. Avalia o risco de morte ao realizar procedimentos cirúrgicos no hospital. O risco está determinado principalmente pelo risco anestésico — avaliado por meio do ASA (estratificação de risco pré-operatório) e pelo porte e tipo de procedimento a ser realizado. Os preditores importantes da mortalidade e morbidade pós-operatória incluem idade do paciente, estado físico, como o definido pela ASA, porte (maior ou menor) e natureza da cirurgia (emergência ou eletiva).
Fonte de dados	Registros da unidade.
Relevância	Segurança, qualidade e efetividade.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde — SAS. Portaria n.º 312, de 2 de maio de 2002. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.

NOME	12. TAXA DE READMISSÃO EM UTI
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial)
Conceito	Avalia o percentual de pacientes que foram readmitidos na Unidade de Terapia Intensiva após a estadia na UTI, durante a mesma internação hospitalar. Estão excluídos do denominador as altas por óbito ou transferência para outros serviços.
Método de cálculo	$\sum$ de pacientes readmitidos na UTI / $\sum$ de saídas por altas no período X 100
Interpretação	O termo “readmissão” consiste no evento de retorno à UTI, que ocorreu durante a mesma hospitalização; “readmissão precoce” para os eventos que ocorreram em menos de 48 horas após a alta da UTI. Podem indicar alta antecipada da UTI para enfermarias, o que pode expor os pacientes a níveis inadequados de cuidados, resultando em mortes inesperadas ou em readmissões na UTI durante a mesma hospitalização. Os pacientes readmitidos apresentam piora ou agravamento de quadro inicial, aumento de morbidade e mortalidade, tempo de permanência hospitalar e custos totais. As taxas de reinternação relatadas na literatura internacional variam de 0,9% a 19%, com índices de mortalidade entre esses pacientes de 26% a 58%.
Fonte de dados	Registros hospitalares.
Relevância	Eficiência na gestão de leitos e qualidade da assistência.

NOME	12. TAXA DE READMISSÃO EM UTI
Referências	<p>ARAUJO. G.A. <i>et al.</i> Readmissões e óbitos após a alta da UTI — um desafio da terapia intensiva. <i>Rev. Bras. Ter. Intensiva.</i> 2013; 25(1):32-38.</p> <p>ELLIOTT M. Readmission to intensive care: a review of the literature. <i>Aust Crit Care.</i> 2006;19(3):96-104.</p>

NOME	13. TAXA DE RETORNO NÃO PLANEJADO À SALA CIRÚRGICA
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial)
Conceito	Avalia o percentual de pacientes que retornam à sala de cirurgia após uma cirurgia eletiva, em função de intercorrência relacionada à cirurgia. Não inclui procedimentos obstétricos.
Método de cálculo	$\sum$ de pacientes com retorno não planejado à sala cirúrgica / $\sum$ de cirurgias eletivas realizadas no período.
Interpretação	Uma taxa elevada de retorno nos primeiros 7 dias pode estar relacionada à estrutura (p.ex.: conformação do centro cirúrgico) ou ao processo (p.ex.: a perícia da equipe cirúrgica).
Fonte de dados	Centro cirúrgico.
Relevância	Eficiência na gestão e qualidade assistencial.
Referências	ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa — RN n.º 405, de 9 de maio de 2016. Fichas Técnicas dos indicadores do PM-QUALISS.

NOME	14. TAXA DE CESARIANAS
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial)
Conceito	Avalia a relação percentual entre a quantidade de partos cesáreos e o total de partos realizados.
Método de cálculo	$\sum$ de partos cesáreos no período / $\sum$ de partos (normais + cesáreos) no mesmo período X 100
Interpretação	É um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, muito acima do padrão de 15% definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pode refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.
Fonte de dados	Centro obstétrico / Centro Cirúrgico / SIH-DATASUS.
Relevância	Medida da qualidade e eficiência assistencial.

NOME	14. TAXA DE CESARIANAS
Referências	MS — SAS — Portaria n.º 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.  OMS. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em: <a href="https://brasil.un.org/pt-br/131934-estudo-oms-revela-que-numero-de-cesarianas-aumenta-mas-desigualdade-no-aceso-persiste">https://brasil.un.org/pt-br/131934-estudo-oms-revela-que-numero-de-cesarianas-aumenta-mas-desigualdade-no-aceso-persiste</a> . Acesso em: 10 de junho de 2022.

NOME	15. TAXA DE ASFIXIA PERINATAL
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial)
Conceito	A asfixia perinatal é um problema fundamental em Perinatologia, tendo em conta a importância das taxas de mortalidade e morbidade que a ela se associam. Sua incidência em recém-natos $\geq 2500g$ possui correlação qualitativa com a assistência ao parto.
Método de cálculo	$\frac{\sum \text{de nascidos vivos com peso ao nascer} \geq 2500g \text{ e Apgar} < 7 \text{ no } 5.^{\circ} \text{ minuto}}{\sum \text{de nascidos vivos}} \times 100$
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. Estima o risco de um nascido vivo morrer durante os primeiros 28 dias de vida. Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.
Fonte de dados	Registros hospitalares / Centro Obstétrico.
Relevância	Monitora a qualidade do cuidado oferecido.
Referências	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. — 2. ed. — Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

## II) INDICADORES DO DOMÍNIO DA SEGURANÇA

NOME	16. TAXA DE INFECÇÃO EM SÍTIO CIRÚRGICO DE CIRURGIAS LIMPAS
Domínio	SEGURANÇA (Controle de infecções)
Conceito	Vigilância da taxa de incidência de infecção relacionada a sítio cirúrgico nas seguintes cirurgias limpas: artroplastias totais de quadril e joelho primárias, cesarianas, derivações internas neurológicas, cirurgias com implante mamário e cirurgias cardíacas para revascularização do miocárdio. Infecção relacionada ao ato cirúrgico até 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias (vigilância pós-alta de 90 dias), essa no caso de próteses/implantes — CDC e COVISA.

<b>NOME</b>	<b>16. TAXA DE INFECÇÃO EM SÍTIO CIRÚRGICO DE CIRURGIAS LIMPAS</b>
Método de cálculo	Total de infecções em sítio cirúrgico em cirurgias limpas / Total destas cirurgias no mês x 100
Interpretação	Maiores taxas de infecção indicam menor qualidade nas medidas de prevenção e implicam piores resultados cirúrgicos e letalidade.
Fonte de dados	Comissão de Controle de Infecções Hospitalares.
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	ANVISA — MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 02/2021. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde — 2021.

<b>NOME</b>	<b>17. TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR</b>
Domínio	SEGURANÇA (Controle de infecções)
Conceito	Monitora a taxa de infecção hospitalar considerando o índice geral da instituição ou de cada setor de unidade assistencial.
Método de cálculo	$\sum$ de pacientes com infecção hospitalar na instituição de saúde no período / $\sum$ de pacientes internados na instituição de saúde no período X 100
Interpretação	Estima o risco dos pacientes internados na instituição contraírem uma infecção hospitalar. Reflete a qualidade do cuidado. Quanto menores as taxas, melhores os resultados e menor a morbidade relacionada à infecção hospitalar.
Fonte de dados	Comissão de Controle de Infecções Hospitalares.
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	ANVISA — MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 02/2021. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde — 2021.  BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA — FIOCRUZ. Portaria MS n.º 2.095, de 24/09/2013: Anexo 01 Protocolo para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde.  ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores Nacionais de Infecções. Relacionadas à Assistência à Saúde Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. UIPEA Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde — GGTES. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

<b>NOME</b>	<b>18. INDICADOR DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) NA UTI (ADULTOS)</b>
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de infecções)

NOME	18. INDICADOR DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) NA UTI (ADULTOS)
Conceito	<p>Pneumonia que não estava presente quando da internação hospitalar. [PAV = Pneumonia associada à ventilação mecânica = Pneumonia que ocorre em pacientes intubados ou traqueostomizados e sob ventilação mecânica (VM) há, pelo menos, 48 horas]. PAV DEFINIDA CLINICAMENTE — Critérios: 1) Paciente em VM por um período maior que 2 dias de calendário (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou o ventilador mecânico havia sido removido no dia anterior. 2) Radiológicos: A — Paciente com doença de base: duas ou mais radiografias seriadas com um dos seguintes achados: infiltrado persistente novo ou progressivo, opacificação, cavitação; B — Paciente sem doença de base: uma ou mais radiografias seriadas com um dos seguintes achados: infiltrado persistente novo ou progressivo, opacificação, cavitação. 3) Clínicos e hemograma: pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: febre (<math>T_{ax} &gt; 38^{\circ}\text{C}</math>); leucocitose (<math>&gt; 12000 \text{ cels/mm}^3</math>) ou leucopenia (<math>&lt; 4000 \text{ cels/mm}^3</math>), alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes <math>\geq 70</math> anos e, pelo menos, um dos seguintes sinais e sintomas e, pelo menos, um dos critérios: surgimento de secreção purulenta respiratória OU mudanças das características da secreção respiratória OU aumento da secreção respiratória OU aumento da necessidade de aspiração OU piora da troca gasosa OU aumento da necessidade de oxigênio OU aumento dos parâmetros ventilatórios OU ausculta com roncosp ou estertores. PAV DEFINIDA MICROBIOLOGICAMENTE: Os critérios acima e, pelo menos, um dos resultados seguintes (hemocultura positiva sem outro foco, cultura positiva no líquido pleural, cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com mínimo potencial de contaminação, bacterioscopia do lavado broncoalveolar com 5% ou mais de leucócitos e macrófagos com microrganismos, cultura positiva de tecido pulmonar, histopatologia com abscesso, foco de consolidação ou invasão de parênquima por hifas ou pseudo-hifas, aumento de 4 vezes na IgG para o patógeno ou detecção de antígeno <i>Legionella</i> sorogrupo I na urina). PAV EM IMUNODEPRIMIDOS: Considerar os mesmos achados radiológicos e, pelo menos, um dos seguintes sinais e sintomas: Febre (<math>T_{ax} &gt; 38^{\circ}\text{C}</math>); surgimento de secreção purulenta respiratória OU mudanças das características da secreção respiratória OU aumento da secreção respiratória OU aumento da necessidade de aspiração OU piora da troca gasosa (p.ex.: <math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 &lt; 240</math>) OU aumento da necessidade de oxigênio OU aumento dos parâmetros ventilatórios OU ausculta de roncosp ou estertores OU hemoptise OU dor pleurítica. 4) Microbiológicos, histopatológicos, sorológicos: pelo menos um dos critérios: hemocultura positiva sem outro foco de infecção ou cultura positiva do líquido pleural ou lavado broncoalveolar <math>\geq 104 \text{ UFC/ml}</math>, ou aspirado traqueal <math>\geq 106 \text{ UFC/ml}</math>. Exame histopatológico com evidência de infecção pulmonar; antígeno urinário ou cultura para <i>Legionella spp</i>; outros testes laboratoriais positivos para patógenos respiratórios (sorologia, pesquisa direta e cultura). Definição de paciente em ventilação mecânica = paciente que permaneça por um período igual ou superior a 6 horas, intermitentes ou contínuas.</p>



NOME	18. INDICADOR DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) NA UTI (ADULTOS)
Conceito (cont.)	O indicador de utilização de VM (ou Densidade de Utilização de Ventiladores Mecânicos) : (N de ventiladores mecânicos/dia) / (N de pacientes/dia) *ANVISA: Deve ser apresentado na análise crítica deste indicador.
Método de cálculo	Total de pneumonias em pacientes em ventilação mecânica invasiva / Total de respiradores em uso-dia x 1000
Interpretação	Quanto maior a densidade de incidência de pneumonias associadas à ventilação, maior a ocorrência de complicações e maior a letalidade.
Fonte de dados	Comissão de Controle de Infecções Hospitalares e UTI (adulto).
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	ANVISA — MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 02/2021. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde — 2021.

NOME	19. INDICADOR DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) NA UTI (PEDIÁTRICA)
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de infecções)
Conceito	<p>Pneumonia que não estava presente, quando da internação hospitalar. [PAV = Pneumonia associada à ventilação mecânica = Pneumonia que ocorre em pacientes intubados ou traqueostomizados e sob ventilação mecânica (VM) há, pelo menos, 48 horas]. PAV em crianças &gt; 4 semanas e ≤ 1 ano — Critérios: 1) Paciente em VM por um período maior que 2 dias de calendário (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou o ventilador mecânico havia sido removido no dia anterior. 2) Radiológicos: A — Paciente com doença de base: duas ou mais radiografias seriadas com um dos seguintes achados: infiltrado persistente novo ou progressivo, opacificação, cavitação, pneumatocele. B — Paciente sem doença de base: uma ou mais radiografias seriadas com um dos seguintes achados: infiltrado persistente novo ou progressivo, opacificação, cavitação, pneumatocele. 3) Clínicos e hemograma: piora da troca gasosa (dessaturação, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> &lt; 240) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios e, pelo menos, 3 dos seguintes sinais e sintomas e, pelo menos, um dos critérios: instabilidade térmica, leucopenia (≤ 4000) ou leucocitose (≥ 15000) e desvio a esquerda, surgimento de secreção purulenta respiratória OU mudanças das características da secreção respiratória OU aumento da secreção respiratória OU aumento da necessidade de aspiração, apneia, taquipneia, batimento de asa de nariz e tiragem intercostal, ausculta com sibilos, roncos ou estertores, tosse, bradicardia (&lt; 100) ou taquicardia (&gt; 170). PAV em crianças &gt; 1 ano e &lt; 12 anos — Critérios: 1) Paciente em VM por um período maior que 2 dias de calendário (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou o ventilador mecânico havia sido removido no dia anterior.</p>

NOME	19. INDICADOR DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) NA UTI (PEDIÁTRICA)
Conceito (cont.)	2) Radiológicos: A — Paciente com doença de base: duas ou mais radiografias seriadas com um dos seguintes achados: infiltrado persistente novo ou progressivo, opacificação, cavitação. B) Paciente sem doença de base: uma ou mais radiografias seriadas com um dos seguintes achados: infiltrado persistente novo ou progressivo, opacificação, cavitação. 3) Clínicos e hemograma: pelo menos 3 dos seguintes sinais e sintomas e, pelo menos, um dos critérios: febre ( $> 38^{\circ}\text{C}$ ), leucopenia ( $\leq 4000$ ) ou leucocitose ( $\geq 15000$ ), surgimento de secreção purulenta respiratória OU mudanças das características da secreção respiratória OU aumento da secreção respiratória OU aumento da necessidade de aspiração, início ou piora de tosse ou dispneia ou apneia ou taquipneia, ausculta com roncosp ou estertores ou piora da troca gasosa (dessaturação, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 240$ ) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento de parâmetros ventilatórios.
Método de cálculo	Total de pneumonias em pacientes em ventilação mecânica invasiva / Total de respiradores em uso-dia x 1000
Interpretação	Quanto maior a densidade de incidência de pneumonias associadas à ventilação, maior a ocorrência de complicações e maior a letalidade.
Fonte de dados	Comissão de Controle de Infecções Hospitalares e UTI (pediátrica).
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	ANVISA — MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 02/2021. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde — 2021.

NOME	20. INDICADOR DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) NA UTI (NEONATOLOGIA)
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de infecções)
Conceito	Pneumonia que não estava presente, quando da internação hospitalar. [PAV = Pneumonia associada à ventilação mecânica = Pneumonia que ocorre em pacientes intubados ou traqueostomizados e sob ventilação mecânica (VM) há, pelo menos, 48 horas]. PAV neonatologia ( $\leq 28$ dias) — Critérios: 1) Paciente em VM por um período maior que 2 dias de calendário (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou o ventilador mecânico havia sido removido no dia anterior. 2) Radiológicos: A — Paciente com doença de base: duas ou mais radiografias seriadas com um dos seguintes achados: infiltrado persistente novo ou progressivo, consolidação, cavitação, pneumatocele. B — Paciente sem doença de base: uma ou mais radiografias seriadas com um dos seguintes achados: infiltrado persistente novo ou progressivo, opacificação, cavitação, pneumatocele. 3) Clínicos e hemograma: piora da troca gasosa (piora da relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ), aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios e, pelo menos, 3 dos seguintes



NOME	20. INDICADOR DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) NA UTI (NEONATOLOGIA)
Conceito (cont.)	sinais e sintomas e, pelo menos, um dos critérios: instabilidade térmica, (TAX > 37,5°C ou < 36°C) sem outra causa, hemograma com, pelo menos, 3 parâmetros alterados, mudança no aspecto da secreção traqueal, aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração e surgimento de secreção purulenta, sibilância, roncos, bradicardia (< 100) ou taquicardia (> 160), apneia, taquipneia, gemência e batimento de asa de nariz com retração torácica, tosse.
Método de cálculo	Total de pneumonias em pacientes em ventilação mecânica invasiva / Total de respiradores em uso-dia x 1000
Interpretação	Quanto maior a densidade de incidência de pneumonias associadas à ventilação, maior a ocorrência de complicações e maior a letalidade.
Fonte de dados	Comissão de Controle de Infecções Hospitalares e UTI (Neonatal).
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	ANVISA — MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 02/2021. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde — 2021.

NOME	21. INDICADOR DE INFECÇÃO NA CORRENTE SANGUÍNEA (ICS) NA UTI (ADULTOS E PEDIATRIA)
Domínio	SEGURANÇA (Controle de infecções)
Conceito	Infecção da corrente sanguínea que não estava presente antes da inserção de um cateter vascular profundo. *ANVISA: (IPCS = Infecção Primária de Corrente Sanguínea em paciente com cateter venoso profundo/central). Em pacientes ADULTOS e PEDIÁTRICOS: utilizaremos apenas os critérios laboratoriais = infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter central laboratorialmente confirmada (IPCSL). IPCSL causada por agente patogênico em paciente > 28 dias: 1) Critério: paciente em uso de cateter central por um período maior que 2 dias de calendário (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data anterior o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior; 2) Critério: com agente patogênico identificado em uma ou mais hemoculturas; 3) Critério: o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso. IPCSL causada por agente contaminante de pele em paciente > 1 ano: 1) Critério: paciente em uso de cateter central por um período maior que 2 dias de calendário (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data anterior o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior; 2) Critério: pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (Tax > 38°C); calafrios; hipotensão (PA Sist ≤ 90mmHg); 3) Critério: duas ou mais hemoculturas coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou, no máximo, no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele; 4) Critério: o microrganismo

NOME	21. INDICADOR DE INFECÇÃO NA CORRENTE SANGUÍNEA (ICS) NA UTI (ADULTOS E PEDIATRIA)
Conceito (cont.)	<p>identificado não está relacionado a outro foco infeccioso; 5) Critério: sinais e sintomas e hemoculturas positivas ocorreram na Janela de Infecção. IPCSL por agente de pele em paciente &gt; 28 dias e ≤ 1 ano: 1) Critério: uso de cateter central por período maior que 2 dias de calendário (sendo D1 a instalação do dispositivo) e que na data anterior o paciente estava em uso do dispositivo ou tinha sido removido no dia anterior; 2) Critério: pelo menos um dos sintomas: febre (&gt; 38°C), hipotermia (&lt; 36°C), apneia ou bradicardia; 3) Critério: duas ou mais hemoculturas coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou, no máximo, no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele; 4) Critério: o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso; 5) Critério: sinais e sintomas e hemoculturas positivas ocorreram na Janela de Infecção. O indicador de utilização de CVP (ou Densidade de Utilização de Cateteres Vasculares Profundos): (N de cateteres vasculares profundos/dia) / (N de pacientes/dia) *ANVISA: Deve ser apresentado na análise crítica deste indicador.</p>
Método de cálculo	Total de casos novos de ICS no período / Total de pacientes com cateter central-dia no período x 1000
Interpretação	Quanto maior a densidade de incidência de infecção associada a cateter, maior a ocorrência de complicações e maior a letalidade.
Fonte de dados	Comissão de Controle de Infecções Hospitalares e UTI (Adulto, pediátrico).
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	ANVISA — MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 02/2021. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde — 2021.

NOME	22. INDICADOR DE INFECÇÃO NA CORRENTE SANGUÍNEA (ICS) NA UTI (NEONATOLOGIA)
Domínio	SEGURANÇA (Controle de infecções)
Conceito	<p>Infecção da corrente sanguínea que não estava presente antes da inserção de um cateter vascular profundo. *ANVISA: (IPCS = Infecção Primária de Corrente Sanguínea em paciente com cateter venoso profundo/central). IPCSL causada por agente patogênico: 1) Critério: paciente ≤ 28 dias em uso de cateter central por mais que 2 dias (sendo D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção estava em uso do dispositivo ou este tinha sido removido no dia anterior; 2) Critério: agente patogênico identificado em uma ou mais hemoculturas; 3) Critério: microrganismo identificado não relacionado a outro foco infeccioso. IPCSL causada por agentes contaminantes de pele: 1) Critério: paciente ≤ 28 dias em uso de cateter central por mais que 2 dias (sendo D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção estava em uso do dispositivo ou este tinha sido removido no dia anterior; 2) Critério: pelo menos 2 sinais e sintomas (sem outra causa ou relação com outra infecção) (instabilidade</p>

NOME	22. INDICADOR DE INFECÇÃO NA CORRENTE SANGUÍNEA (ICS) NA UTI (NEONATOLOGIA)
Conceito (cont.)	térmica, bradicardia, apneia, intolerância alimentar, piora do desconforto respiratório, intolerância a glicose, instabilidade hemodinâmica ou hipoatividade/letargia); 3) Critério: duas ou mais hemoculturas coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou, no máximo, no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele OU, pelo menos, uma hemocultura positiva coletada por punção periférica para <i>Staphylococcus coagulase</i> negativa, com positividade até 48 horas de incubação e, pelo menos, hemograma com 3 parâmetros alterados ou Proteína C reativa quantitativa alterada; 4) Critério: o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso; 5) Critério: sinais e sintomas e hemoculturas positivas ocorreram na janela de infecção. IPCSC sem confirmação laboratorial em neonatologia: 1) Critério: paciente ≤ 28 dias em uso de cateter central por mais que 2 dias (sendo D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção estava em uso do dispositivo ou este tinha sido removido no dia anterior; 2) Critério: pelo menos 2 sinais e sintomas (sem outra causa ou relação com outra infecção) (instabilidade térmica, bradicardia, apneia, intolerância alimentar, piora do desconforto respiratório, intolerância a glicose, instabilidade hemodinâmica ou hipoatividade/letargia); 3) Critério: TODOS os seguintes critérios: hemograma com 3 ou mais parâmetros alterados e/ou Proteína C reativa quantitativa alterada, hemocultura não realizada, negativa ou considerada contaminação, ausência de evidência de infecção em outro sítio e terapia antimicrobiana instituída e mantida; 4) Critério: sinais/ sintomas e dados laboratoriais no período de janela de infecção.
Método de cálculo	Total de casos novos de ICS no período / Total de pacientes com cateter central-dia no período x 1000
Interpretação	Quanto maior a densidade de incidência de infecção associada a cateter, maior a ocorrência de complicações e maior a letalidade.
Fonte de dados	Comissão de Controle de Infecções Hospitalares e UTI (neonatal).
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	ANVISA — MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 02/2021. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde — 2021.

NOME	23. INDICADOR DE INFECÇÃO NO TRATO URINÁRIO (ITU) NA UTI
Domínio	SEGURANÇA (Controle de infecções)
Conceito	Infecção urinária sintomática que não estava presente antes da inserção do cateter vesical de demora. *ANVISA: (ITU-AC = Infecção do Trato Urinário associada a cateter vesical de demora). Contempla as ITUs sintomáticas, desde a colocação do cateter até 24 horas após a sua retirada. Não contempla bacteriúria assintomática. (ITU = Infecção de trato urinário com presença de cateter vesical a partir de 48 horas da internação, ou até 24 horas após a retirada do cateter) Critérios clínicos: 1) Pelo menos UM

NOME	23. INDICADOR DE INFECÇÃO NO TRATO URINÁRIO (ITU) NA UTI
Conceito (cont.)	dos seguintes sinais ou sintomas, sem outras causas reconhecidas: febre > 38°C, dor ou desconforto supra púbico, dor ou desconforto lombar, urgência miccional*, aumento da frequência miccional*, disúria* (* = em paciente que removeu o cateter no dia anterior à data da infecção) e apresenta uma cultura de urina positiva com até duas espécies microbianas com $\geq 105$ UFC/ml. Observação: Cultura de urina com isolamento apenas de <i>Candida spp</i> não deve ser considerada para o diagnóstico de ITU AC. Para pacientes > 28 dias e $\leq 1$ ano, o critério clínico é apresentar, pelo menos, UM dos sinais e sintomas: febre, hipotermia ( $\leq 36$ ), apneia, bradicardia, letargia, vômitos e aumento da sensibilidade suprapúbica. O indicador de utilização de CVD (ou Densidade de Utilização de Cateter Vesical de Demora) : (N de cateteres vesicais de demora/dia) / (N de pacientes/dia) deve ser apresentado na análise crítica desse indicador.
Método de cálculo	Total de infecções do trato urinário associadas ao uso de cateter vesical de demora / Total de cateteres vesicais de demora-dia x 1000
Interpretação	Quanto maior a densidade de incidência de infecção, maior a ocorrência de complicações e maior a letalidade.
Fonte de dados	Comissão de Controle de Infecções Hospitalares e UTI (adulto, pediátrico).
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	ANVISA — MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 02/2021. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde — 2021.

NOME	24. TAXA DE INCIDÊNCIA DE QUEDA
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de quedas)
Conceito	Evento não planejado, com ou sem lesão, em que o paciente sofre deslocamento de nível, incluindo a “quase queda”. Engloba toda a instituição hospitalar. 1) Escala de risco: Morse ou Morse-Q. 2) Numerador do indicador: NOVOS CASOS DE QUEDA NO PERÍODO (pacientes internados). 3) Denominador do indicador: PACIENTES / DIA NO PERÍODO (e não pacientes em risco/dia no período, para simplificação). Ajustar para 1000.
Método de cálculo	$\Sigma$ de pacientes com ocorrência de queda durante a internação/ $\Sigma$ de paciente-dia, no setor monitorado x 1000
Interpretação	Quanto menor o índice de queda de pacientes, melhor. As quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.
Fonte de dados	Núcleo de Segurança do Paciente.

<b>NOME</b>	<b>24. TAXA DE INCIDÊNCIA DE QUEDA</b>
<b>Relevância</b>	Essencial para a segurança da assistência.
<b>Referências</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

<b>NOME</b>	<b>25. TAXA DE INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO</b>
<b>Domínio</b>	SEGURANÇA (Prevenção de lesão por pressão)
<b>Conceito</b>	Lesão na pele e/ou nos tecidos subjacentes, superficial ou profunda, de etiologia isquêmica, causada por aumento da pressão local, quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por tempo prolongado. 1) Escala de risco: Braden ou Braden adaptada. 2) Ponto de corte: pontuação 6 a 18 — incluir a partir do estágio (ou grau) 2 para cima; excluir estágio (grau) 1. 3) Numerador do indicador: NOVOS CASOS DE ÚLCERA POR PRESSÃO NO PERÍODO. 4) Denominador do indicador: PACIENTES-DIA NO PERÍODO (e não pacientes em risco/dia no período, para simplificação do cálculo). Ajustar por 1000. 5) Meta: embora o que se queira seja ZERO (“visão”), para facilitação, recomenda-se que sejam estabelecidas metas de redução periódica, por exemplo, percentil 50 em relação ao ano anterior. Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente, para identificar alterações da integridade cutânea e úlceras por pressão (UPP) existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para UPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos, como a presença de cateteres, tubos e drenos.
<b>Método de cálculo</b>	$\sum$ de pacientes com lesão por pressão surgidas durante a internação / $\sum$ de pacientes-dia no setor monitorado x 1000
<b>Interpretação</b>	Quanto menor a incidência de lesão por pressão, melhor para a qualidade do cuidado. A ocorrência de lesão por pressão causa impactos negativos nos pacientes e familiares, com reflexos no tempo de permanência, taxas de infecção e letalidade.
<b>Fonte de dados</b>	Núcleo de segurança do paciente.
<b>Relevância</b>	Essencial para a segurança da assistência.
<b>Referências</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.  Rycroft-Malone, J and McInness, E(2000) Pressure ulcer risk assessment and prevention. Technical Report. RCN:London.

NOME	26. INCIDÊNCIA DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL EM UTI
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de extubação acidental)
Conceito	Avalia a extubação acidental (EA) ou extubação não planejada em UTI, ocorrida em momento não programado decorrente da agitação do paciente ou do manuseio da equipe de cuidadores.
Método de cálculo	$\Sigma$ de extubação não planejada em UTI / $\Sigma$ de pacientes intubados X 100
Interpretação	Quanto menor a incidência de extubação acidental (não planejada) em UTI adultos, melhor. A EA pode exigir reintubação de urgência em situações menos controladas, por vezes com tentativas repetidas, aumentando o risco de lesões e resultados desfavoráveis.
Fonte de dados	Registros das unidades intensivas. Núcleo de Segurança do Paciente.
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	<p>OLIVEIRA, P.C.R. <i>et al.</i> Incidência e principais causas de extubação não planejada em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Bras. Ter. Intensiva, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 230-235, Sept. 2012.</p> <p>CARVALHO, F.L. <i>et al.</i> Incidência e fatores de risco para a extubação acidental em uma unidade de terapia intensiva neonatal. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 86, n. 3, p. 189-195, Junho 2010.</p> <p>RAMALHO NETO, J.M. <i>et al.</i> Extubação acidental e os cuidados intensivos de enfermagem, Rev. enferm. UFPE on line., Recife, 8(11):3945-52, nov., 2014.</p> <p>CQH. Manual de Indicadores de Enfermagem — 2ª edição 2012. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar.</p> <p>PEDROSA, T.M. &amp; COUTO, R.C.. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. Rev. Médica de Minas Gerais, 2014; 24(2): 216-222.</p>

NOME	27. INCIDÊNCIA DE PERDA DE SONDA NASOGASTROENTERAL PARA SUPORTE NUTRICIONAL
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de perda acidental de SNE)
Conceito	Avalia o percentual de pacientes atendidos em unidades assistenciais, com sonda nasoenteral (SNE) para aporte nutricional comparado à saída inadvertida da sonda.
Método de cálculo	$\Sigma$ de saídas inadvertidas de SNE / $\Sigma$ SNE-dia X 100



NOME	27. INCIDÊNCIA DE PERDA DE SONDA NASOGASTROENTERAL PARA SUPORTE NUTRICIONAL
Interpretação	Quanto mais baixo o índice de perda de sonda, melhor. Taxas altas de perda de sonda podem contribuir para o aumento do número de infecções e mortalidade pelo risco de aspiração pulmonar. Controlar as complicações mecânicas da sondagem enteral e desperdício de dietas enterais.
Fonte de dados	Serviço de Nutrição e Dietética.
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Projeto Diretrizes. Terapia Nutricional: Indicadores de Qualidade. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. Elaboração Final: 25 de agosto de 2011 Participantes: Waitzberg DL, Enck CR, Miyahira NS, Mourão JRP, Faim MMR, Oliseski M, Borges A.  WAITZBERG. D. Indicadores de qualidade em terapia nutricional. 1 Ed. Editora: Ilsi. 2008.

NOME	28. TAXA DE ADEÇÃO AO PADRÃO DE CIRURGIA SEGURA
Domínio	SEGURANÇA (Cirurgia segura)
Conceito	Monitora a implantação do programa de cirurgia segura nos setores de centro cirúrgico e centro obstétrico. Apresentar grau de conformidade com implantação do checklist de cirurgia segura da OMS, com monitoramento de aderência aos quesitos propostos.
Método de cálculo	$\sum$ de cirurgias eletivas realizadas com lista de verificação com padrões de cirurgia segura / $\sum$ de cirurgias eletivas realizadas no período x 100
Interpretação	Quanto maior a taxa de pacientes com lista de verificação com padrões de cirurgia segura, melhor. Avalia a implantação das rotinas e do processo de cirurgia segura em todos os procedimentos cirúrgicos eletivos. A implantação da cirurgia segura (checklist) diminui as taxas de complicações, reoperações, reduz a taxa de infecção de sítio cirúrgico e a mortalidade cirúrgica.
Fonte de dados	Centro cirúrgico e centro obstétrico.
Relevância	Segurança nos procedimentos cirúrgicos eletivos.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA — FIOCRUZ. Portaria MS n.º 2.095 de 24/09/2013: Anexo 03 da Portaria MS n.º 2.095 (24/09/2013) — Protocolo para Cirurgia Segura.  BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

NOME	29. TAXA DE ERROS DE PRESCRIÇÃO COM NOTIFICAÇÃO AO NSP
Domínio	SEGURANÇA (Erro de medicação)
Conceito	Avalia a taxa de erros de prescrição de medicação de pacientes atendidos em unidades assistenciais. Inclui: medicamento errado, omissão de dose ou do medicamento, dose errada, frequência na administração errada, forma de administração errada, erro de preparo, manipulação ou acondicionamento, técnica de administração errada, via errada, horário errado, paciente errado, duração do tratamento errada, outros tipos.
Método de cálculo	$\sum$ de prescrições atendidas com erro e notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no período / $\sum$ de prescrições atendidas na instituição no período X 100
Interpretação	Quanto menor a taxa de erros de prescrição, melhor. O erro de prescrição com significado clínico é definido como um erro de decisão ou de redação, não intencional, que pode reduzir a probabilidade do tratamento ser efetivo ou aumentar risco de lesão no paciente, quando comparado com as práticas clínicas estabelecidas e aceitas. Observar a taxa de erros de prescrição. Quanto mais baixa melhor.
Fonte de dados	Núcleo de Segurança / Serviço de Farmácia.
Relevância	Essencial para segurança na assistência, com monitoramento dos erros de medicação que podem refletir em maior tempo de internação ou lesão para o paciente.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.  ANACLETO, T.A.A., ROSA, M.B.R. NEIVA, H.M. & MARTINS, M.A.P. Farmácia Hospitalar: erros de medicação. Pharmacia Brasileira, Janeiro/Fevereiro 2010.

NOME	30. TAXA DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO COM NOTIFICAÇÃO AO NSP
Domínio	SEGURANÇA (Erro de medicação)
Conceito	Avalia a taxa de erros na administração de medicamentos de pacientes atendidos em unidades assistenciais, com notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). A administração de medicamentos é um processo multidisciplinar que exige conhecimento técnico e prática.
Método de cálculo	$\sum$ de medicamentos administrados com erro e notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no período / $\sum$ de medicações administradas na instituição no período X 100



NOME	30. TAXA DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO COM NOTIFICAÇÃO AO NSP
Interpretação	Quanto menor a taxa de erros na administração de medicação, melhor. A administração de medicamento é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos. Um erro na administração de medicamento pode trazer graves consequências aos pacientes, devendo-se observar que a taxa de erros de administração identifica nove certos para a administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. Os nove certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.
Fonte de dados	Núcleo de Segurança.
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.  ANACLETO, T.A.A., ROSA, M.B.R. NEIVA, H.M. & MARTINS, M.A.P. Farmácia Hospitalar: erros de medicação. Pharmacia Brasileira, Janeiro/Fevereiro 2010.

NOME	31. TAXA DE ERROS NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS COM NOTIFICAÇÃO AO NSP
Domínio	SEGURANÇA (Erro de medicação)
Conceito	Avalia a taxa de erros na dispensação de medicamentos ocorridos na farmácia hospitalar, com notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).
Método de cálculo	$\sum$ de medicamentos dispensados com erro e notificados ao NSP / $\sum$ de medicamentos dispensados no período X 100
Interpretação	Quanto menor a taxa de erros na dispensação de medicação com notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), melhor. Dentre os erros de dispensação, está a possibilidade da prescrição médica estar errada. O atendimento de uma prescrição incorreta é também considerado erro de dispensação. O erro de dispensação é a discrepância entre a ordem escrita na prescrição médica e o atendimento dessa ordem. Compreendem erros cometidos por funcionários da farmácia (farmacêuticos, inclusive) quando realizam a dispensação de medicamentos para as unidades de internação; ou desvio de uma prescrição médica escrita ou oral, incluindo modificações escritas feitas pelo farmacêutico após contato com o prescritor ou cumprindo normas ou preestabelecidos; ou qualquer desvio do que é

NOME	31. TAXA DE ERROS NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS COM NOTIFICAÇÃO AO NSP
Interpretação (cont.)	estabelecido pelos órgãos regulatórios ou normas que afetam a dispensação. As taxas de erros de dispensação são muito distintas, com diferenças associadas às variadas metodologias adotadas e aos diferentes sistemas de dispensação utilizados, além das medidas de redução de erros de medicação implementadas.
Fonte de dados	Núcleo de Segurança do Paciente / Setor da Farmácia.
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.  ANACLETO, T.A.A., ROSA, M.B.R. NEIVA, H.M. & MARTINS, M.A.P. Farmácia Hospitalar: erros de medicação. Pharmacia Brasileira, Janeiro/Fevereiro 2010.

NOME	32. TAXA DE EVENTOS ADVERSOS DEVIDO A FALHAS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Domínio	SEGURANÇA (Identificação do paciente)
Conceito	Avalia a taxa de eventos adversos por falhas na identificação do paciente em unidades assistenciais, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes.
Método de cálculo	$\sum$ de pacientes com eventos adversos por falha na identificação do paciente / $\sum$ de pacientes atendidos no período X 100
Interpretação	Quanto menor a taxa de erros, melhor. Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Fatores que podem potencializar os riscos na identificação do paciente: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.
Fonte de dados	Núcleo de Segurança do Paciente.
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

NOME	33. TAXA DE PACIENTES COM PULSEIRAS PADRONIZADAS
Domínio	SEGURANÇA (Identificação do paciente)

<b>NOME</b>	<b>33. TAXA DE PACIENTES COM PULSEIRAS PADRONIZADAS</b>
<b>Conceito</b>	Avalia a taxa de pacientes atendidos em unidades assistenciais com pulseiras padronizadas, para garantir a correta identificação, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes.
<b>Método de cálculo</b>	$\sum$ de pacientes internados com pulseiras padronizadas / $\sum$ de pacientes internados no período X 100
<b>Interpretação</b>	Quanto maior a taxa de pacientes identificados, melhor. A taxa de pacientes internados com pulseiras auxilia na identificação do paciente, para assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.
<b>Fonte de dados</b>	Núcleo de Segurança do Paciente.
<b>Relevância</b>	Essencial para a segurança da assistência.
<b>Referências</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

<b>NOME</b>	<b>34. TAXA DE PACIENTES SUBMETIDOS À AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA NA ADMISSÃO</b>
<b>Domínio</b>	SEGURANÇA (Prevenção de quedas)
<b>Conceito</b>	Avalia a taxa de pacientes que tiveram o seu risco de queda avaliado no ato da admissão hospitalar.
<b>Método de cálculo</b>	$\sum$ de pacientes cujo risco de queda foi avaliado na admissão / $\sum$ de pacientes internados no período X 100
<b>Interpretação</b>	Espera-se que todos os pacientes com risco de quedas sejam avaliados na admissão. Implantação do protocolo de prevenção de quedas com uso da Escala de Quedas de Morse. Avalia a implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco de queda do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.
<b>Fonte de dados</b>	Núcleo de Segurança do Paciente.
<b>Relevância</b>	Essencial para a segurança da assistência.
<b>Referências</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

<b>NOME</b>	<b>35. TAXA DE PACIENTES SUBMETIDOS À AVALIAÇÃO DE RISCO POR LESÃO POR PRESSÃO</b>
<b>Domínio</b>	SEGURANÇA (Prevenção de lesão por pressão)
<b>Conceito</b>	Monitora o índice de pacientes em risco para lesão por pressão avaliados na admissão, para receber cuidados preventivos.
<b>Método de cálculo</b>	$\sum$ de pacientes cujo risco para lesão por pressão foi avaliado na admissão / $\sum$ de pacientes internados no período X 100
<b>Interpretação</b>	Avalia a implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco para lesão de pressão na admissão do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. As escalas mais utilizadas para essa análise são Norton, Waterlow e Braden.
<b>Fonte de dados</b>	Núcleo de Segurança do Paciente.
<b>Relevância</b>	Essencial para a segurança na assistência.
<b>Referências</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

<b>NOME</b>	<b>36. TAXA DE PRESCRIÇÕES REVISADAS POR FARMACÊUTICO ANTES DA DISPENSAÇÃO</b>
<b>Domínio</b>	SEGURANÇA (Erro de medicação)
<b>Conceito</b>	Monitora a taxa de revisão da prescrição de medicamentos de pacientes atendidos em unidades assistenciais.
<b>Método de cálculo</b>	$\sum$ de prescrições revisadas por farmacêutico antes da dispensação / $\sum$ de prescrições atendidas no período X 100
<b>Interpretação</b>	Quanto maior a taxa de prescrições revisadas por farmacêutico, melhor. Previne erros de prescrição, para garantir a probabilidade do tratamento efetivo ou a redução de risco de lesão no paciente.
<b>Fonte de dados</b>	Setor de Farmácia.
<b>Relevância</b>	Essencial para a segurança da assistência.
<b>Referências</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.  ANACLETO, T.A.A., ROSA, M.B.R. NEIVA, H.M. & MARTINS, M.A.P. Farmácia Hospitalar: erros de medicação. Pharmacia Brasileira, Janeiro/Fevereiro 2010.

<b>NOME</b>	<b>37. TAXA DE EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS AO NOTIVISA</b>
<b>Domínio</b>	SEGURANÇA
<b>Conceito</b>	Compreende as notificações ao NOTIVISA dos eventos adversos (EA) que objetivam reduzir riscos à saúde, que incluem: 1) Erros de identificação do paciente; 2) Erros de comunicação, 3) Erros de medicação; 4) Erros nas cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente; 5) Infecções respiratórias e outras infecções; e 6) Lesão por pressão e queda do paciente.
<b>Método de cálculo</b>	$\sum$ de eventos adversos notificados ao NOTIVISA / $\sum$ de eventos adversos ocorridos na instituição no período X 100
<b>Interpretação</b>	Quanto mais eventos adversos notificados pelo prestador de serviços ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) melhor. Taxas altas estão associadas a maior adoção de medidas para diminuir a ocorrência de erros relacionados aos eventos adversos.
<b>Fonte de dados</b>	Núcleo de segurança do paciente.
<b>Relevância</b>	Essencial para a segurança da assistência.
<b>Referências</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

### III) INDICADORES DE ACESSO

<b>NOME</b>	<b>38. PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR MÉDICO</b>
<b>Domínio</b>	ACESSO
<b>Conceito</b>	No setor de urgência e emergência, o indicador avalia o percentual de pacientes submetidos à classificação de risco e que terminaram efetivamente atendidos pela equipe médica, ou seja, o percentual que não foi redirecionado para outra unidade de saúde. Espera-se que, no mínimo, 70% dos classificados sejam efetivamente atendidos.
<b>Método de cálculo</b>	$\sum$ de pacientes atendidos por médicos / $\sum$ do total de classificados X 100
<b>Interpretação</b>	Espera-se que 70% ou mais dos classificados sejam atendidos, sinal de maior qualidade do acesso ao serviço médico.
<b>Fonte de dados</b>	Registros das unidades de urgência e emergência.
<b>Relevância</b>	Segurança no acesso à urgência e emergência.
<b>Referências</b>	Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, SAS, Política nacional de Humanização — 1. ed. 1. reimpr. — Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

NOME	39. TEMPO MÉDIO DE ESPERA POR FAIXA DE CLASSIFICAÇÃO
Domínio	ACESSO
Conceito	Segundo a Política Nacional de Humanização, nos serviços de urgência ou pronto atendimento, a espera pelo atendimento médico não deverá ultrapassar o tempo máximo previsto para a faixa de classificação de risco, a saber: VERMELHO — zero (imediato); LARANJA — até 15 minutos; AMARELO — até 30 minutos; VERDE — até 60 minutos; e AZUL — até 24 horas. Espera-se, portanto, que o tempo médio de espera em cada faixa não ultrapasse esses limites.
Método de cálculo	$\sum$ dos tempos de todos os pacientes em determinada faixa de risco / $\sum$ de pacientes classificados na faixa (a fórmula deverá ser aplicada para cada faixa de risco).
Interpretação	Espera-se que o tempo médio de espera entre classificação de risco e atendimento médico esteja dentro dos limites esperados para cada uma das faixas de risco.
Fonte de dados	Registros das unidades de urgência e emergência.
Relevância	Segurança no acesso à urgência e emergência.
Referências	Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, SAS, Política nacional de Humanização — 1. ed. 1. reimpr. — Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

NOME	40. TEMPO MÉDIO DE ESPERA ENTRE O REGISTRO E O ATENDIMENTO MÉDICO
Domínio	ACESSO
Conceito	Nas unidades de urgência e emergência, a menor espera pelo atendimento médico resulta em acesso e assistência mais seguros e maiores níveis de satisfação do usuário.
Método de cálculo	$\sum$ de todos os tempos entre o registro do paciente e o início do atendimento médico / $\sum$ de atendimentos médicos
Interpretação	Menores tempos de espera indicam maior segurança no acesso e no atendimento, além de maior grau de satisfação do usuário.
Fonte de dados	Registros das unidades de urgência e emergência.
Relevância	Segurança no acesso à urgência e emergência.
Referências	Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, SAS, Política nacional de Humanização — 1. ed. 1. reimpr. — Brasília: Ministério da Saúde, 2010.



<b>NOME</b>	<b>41. TEMPO MÉDIO DE ESPERA ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O ATENDIMENTO MÉDICO</b>
<b>Domínio</b>	ACESSO
<b>Conceito</b>	Nas unidades de urgência e emergência, a menor espera pelo atendimento médico resulta em acesso e assistência mais seguros e maiores níveis de satisfação do usuário.
<b>Método de cálculo</b>	$\sum$ de todos os tempos entre o final da classificação de risco do paciente e o início do atendimento médico / $\sum$ de atendimentos médicos
<b>Interpretação</b>	Menores tempos de espera indicam maior segurança no acesso e no atendimento, além de maior grau de satisfação do usuário.
<b>Fonte de dados</b>	Registros das unidades de urgência e emergência.
<b>Relevância</b>	Segurança no acesso à urgência e emergência.
<b>Referências</b>	Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, SAS, Política nacional de Humanização — 1. ed. 1. reimpr. — Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

## IV) INDICADORES PARA A ATENÇÃO DOMICILIAR

<b>NOME</b>	<b>42. TAXA DE LESÃO POR PRESSÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR</b>
<b>Domínio</b>	SEGURANÇA (Prevenção de lesão por pressão)
<b>Conceito</b>	Avalia o percentual de pacientes com lesão por pressão entre os pacientes atendidos na atenção domiciliar.
<b>Método de cálculo</b>	$\sum$ de pacientes em atenção domiciliar com novas lesões de pressão / $\sum$ de pacientes em atenção domiciliar no período X 100
<b>Interpretação</b>	Quanto menor o percentual de pacientes que desenvolveram lesão por pressão durante a atenção domiciliar, melhor. A ocorrência de lesão por pressão pode provocar aumento do custo e do tempo de permanência em AD.
<b>Fonte de dados</b>	Registros do Programa de Atenção Domiciliar.
<b>Relevância</b>	Essencial para a segurança da assistência.
<b>Referências</b>	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

<b>NOME</b>	<b>43. TAXA DE INFECÇÃO DURANTE A ATENÇÃO DOMICILIAR</b>
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de infecção)
Conceito	Avalia o percentual de pacientes que desenvolvem infecção associada ou relacionada à assistência à saúde durante a atenção domiciliar.
Método de cálculo	$\Sigma$ de pacientes com infecção adquirida durante a atenção domiciliar / $\Sigma$ de pacientes atendidos em atenção domiciliar no período X 100
Interpretação	Quanto menor o percentual de pacientes que adquiriram infecção durante a atenção domiciliar, melhor. Estima o risco de os pacientes atendidos na Atenção Domiciliar virem a contrair uma infecção.
Fonte de dados	Registros do Programa de Atenção Domiciliar
Relevância	Essencial para a segurança da assistência.
Referências	PROGRAMA FAROL. SINDHRio. Indicadores da assistência domiciliar. Disponível em: <a href="https://programafarol.com.br/">https://programafarol.com.br/</a> . Acesso em: janeiro de 2018. ANVISA — MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 02/2021. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde — 2021.

<b>NOME</b>	<b>44. TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR</b>
Domínio	EFETIVIDADE (Atenção domiciliar)
Conceito	Mede o percentual de pacientes que necessitaram de internação hospitalar durante a atenção domiciliar.
Método de cálculo	$\Sigma$ de pacientes internados x 100 / $\Sigma$ pacientes em atenção domiciliar
Interpretação	Quanto menor o percentual de pacientes que necessitaram de internação hospitalar durante a atenção domiciliar, melhor. Estima o risco de pacientes atendidos na Atenção Domiciliar virem a sofrer agravos sem viabilidade de solução no domicílio.
Fonte de dados	Registros do Programa de Atenção Domiciliar
Relevância	Essencial para a qualidade da assistência em AD.
Referências	Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa. Ministério da Saúde — Brasília-DF 2016. 1ª Edição Revisada.

<b>NOME</b>	<b>45. TAXA DE ALTA DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR</b>
Domínio	EFICIÊNCIA (atenção domiciliar)
Conceito	Mede o percentual de pacientes que tiveram alta da atenção domiciliar.



<b>NOME</b>	<b>45. TAXA DE ALTA DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR</b>
<b>Método de cálculo</b>	$\Sigma$ de pacientes que tiveram alta no período x 100 / $\Sigma$ de pacientes em AD no período
<b>Interpretação</b>	Quanto maior o percentual de pacientes que tiveram alta da AD, melhor. Estima a capacidade de contribuição do PADI com o giro de leito hospitalar e tempo de permanência hospitalar.
<b>Fonte de dados</b>	Registros do Programa de Atenção Domiciliar
<b>Relevância</b>	Importante para o planejamento da rede de assistência em saúde.
<b>Referências</b>	Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa. Ministério da Saúde — Brasília-DF 2016. 1ª Edição Revisada. NEAD — Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar — Caderno de Boas Práticas — Fascículo 8 — Indicadores na Atenção Domiciliar.

<b>NOME</b>	<b>46. TAXA DE MORTALIDADE DE USUÁRIOS A ATENÇÃO DOMICILIAR</b>
<b>Domínio</b>	EFETIVIDADE (Atenção domiciliar)
<b>Conceito</b>	Mede o percentual de óbitos de pacientes em atenção domiciliar.
<b>Método de cálculo</b>	$\Sigma$ de óbitos no período x 100 / $\Sigma$ de pacientes em atenção domiciliar no período
<b>Interpretação</b>	Há um percentual esperado de óbitos na AD decorrente de pacientes em cuidados paliativos e de fim de vida, motivo crescente de admissão em AD. Neste contexto, os resultados deste indicador merecem criteriosa análise, para identificar possíveis causas de óbito evitáveis.
<b>Fonte de dados</b>	Registros do Programa de Atenção Domiciliar
<b>Relevância</b>	Essencial para a qualidade da assistência em AD.
<b>Referências</b>	Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa. Ministério da Saúde — Brasília-DF 2016. 1ª Edição Revisada. NEAD — Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar — Caderno de Boas Práticas — Fascículo 8 — Indicadores na Atenção Domiciliar.

## REFERÊNCIAS

ANACLETO, T.A.A., ROSA, M.B.R. NEIVA, H.M. & MARTINS, M.A.P. Farmácia Hospitalar: erros de medicação. Pharmacia Brasileira, janeiro/fevereiro 2010.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa — RN n.º 405, de 9 de maio de 2016. Fichas Técnicas dos indicadores do PM-QUALISS.

ANVISA — MS. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 02/2021. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde — 2021.

ARAUJO. G.A. *et. al.* Readmissões e óbitos após a alta da UTI — um desafio da terapia intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2013; 25(1):32-38.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA e CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Projeto Diretrizes. Terapia Nutricional: Indicadores de Qualidade. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia Elaboração Final: 25 de agosto de 2011 Participantes: Waitzberg DL, Enck CR, Miyahira NS, Mourão JRP, Faim MMR, Oliseski M, Borges A.

BRASIL. Ministério da Saúde — Brasília — DF 2016. Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa. 1ª Edição Revisada.

BRASIL. Ministério da Saúde — GM. Portaria n.º 10, de 3 de janeiro de 2017. Diretrizes do modelo assistência UPA 24h.

BRASIL. Ministério da Saúde — SAS — Portaria n.º 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA — FIOCRUZ. Portaria MS n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013: Anexo 03 da Portaria MS n.º 2.095 (24/09/2013) — Protocolo para Cirurgia Segura.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA — FIOCRUZ. Portaria MS n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013: Anexo 01 Protocolo para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores Nacionais de Infecções. Relacionadas à Assistência à Saúde Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. UIPEA Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde — GGTES. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde — SAS. Portaria n.º 312, de 2 de maio de 2002. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. — 2. ed. — Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro — Portaria n.º 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, SAS, Política nacional de Humanização — 1. ed. 1. reimpr. — Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BURMESTER, Haino. Gestão da qualidade hospitalar. — 1.ed — São Paulo: Saraiva, 2013.

CARVALHO, F.L. *et al.* Incidência e fatores de risco para a extubação acidental em uma unidade de terapia intensiva neonatal. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 86, n. 3, p. 189-195, Junho 2010.

CQH. Manual de Indicadores de Enfermagem — 2ª edição 2012. Programa CQH — Compromisso com a qualidade hospitalar.

ELLIOTT M. Readmission to intensive care: a review of the literature. Aust Crit Care. 2006;19(3):96-104.

NEAD — Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar — Caderno de Boas Práticas — Fascículo 8 — Indicadores na Atenção Domiciliar.

OLIVEIRA, P.C.R. *et al.* Incidência e principais causas de extubação não planejada em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Bras. Ter. Intensiva, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 230-235, Sept. 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/131934-estudo-oms-revela-que-numero-de-cesarianas-aumenta-mas-desigualdade-no-acesso-persiste>. Acesso em 10 de junho de 2022.

PEDROSA, T.M. & COUTO, R.C. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. Rev. Médica de Minas Gerais, 2014; 24(2): 216-222.

PROGRAMA FAROL. SINDH Rio. Indicadores da assistência domiciliar. Acesso em janeiro de 2022.

RAMALHO NETO. J.M. *et al.* Extubação acidental e os cuidados intensivos de enfermagem, Rev. enferm. UFPE on line., Recife, 8(11):3945-52, nov., 2014.

RYCROFT-MALONE, J and McInness, Ed(2000) Pressure ulcer risk assessment and prevention. Technical Report. RCN:London.

SAKR Y, KRAUSS C, AMARAL AC *et al.* — Comparison of the performance of SAPS II, SAPS 3, APACHE II, and their customized prognostic models in a surgical intensive care unit. *Br J Anaesth* 2008; 101:798-803.

SILVA JUNIOR, João Manoel *et al.* Aplicabilidade do Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS 3) em Hospitais Brasileiros. *Rev. Bras. de Anest.* Vol. 60, n. 1, Janeiro-Feveireiro, 2010.

SODRÉ, R.L. — Suspensão de cirurgias no Centro Cirúrgico do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. *Rev. Adm. Saúde (On-line)*, São Paulo, v. 21, n. 85: e307, out. — dez. 2021, Epub 03 jan. 2022.

VEROTI. C.C.G. Contribuição para seleção de Indicadores de Qualidade em terapia nutricional. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina: São Paulo, 2012.

WAITZBERG. D. Indicadores de qualidade em terapia nutricional. 1 Ed. Editora: Ilsi. 2008.





**Saúde  
Pública  
Carioca**

