FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES

5ª EDIÇÃO – 2018
São Paulo

Gestora de outros programas
de qualidade no QUALISS/ANS
UNIDAS
AUTOGESTÃO EM SAÚDE
CNPJ 69.275.337/0001-08

ANS
Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Agradecimentos

O Programa UNIPLUS não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Gostaria, por este fato, de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que o Programa UNIPLUS se tornasse uma realidade e permanecesse no mercado. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos. Em especial ao Sr. **Aderval Paulo Filho**, Presidente da UNIDAS e Sr. **Mauro Pereira**, coordenador do UNIPLUS, não só por acreditarem no UNIPLUS, mas por mantê-lo vivo por quase duas décadas.

Agradeço ainda carinhosamente aos profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, administradores, economistas, advogados, farmacêuticos, fisioterapeutas que dedicaram seu tempo e conhecimento, sem qualquer bônus, para contribuir nas atualizações das 5 edições do Programa UNIPLUS. A todos vocês, apontados como colaboradores neste programa, muito obrigada.

Finalmente, meus sinceros agradecimentos aos prestadores de serviços de saúde que atuaram como piloto e outros que contribuíram com sugestões inestimáveis, bem como a todos que participaram e continuam participando direta e indiretamente, para a qualificação dos prestadores de serviços de saúde que atendem o mercado de saúde suplementar brasileiro.

Lucia Helena da Silva Mendes

São Paulo, agosto de 2018.

Autores 1ª Edição

LÚCIA HELENA DA SILVA MENDES

Mestre em Tecnologias em Saúde PUC-PR. E-MBA em Gestão Estratégica de Negócios - PUC PR. Especialista em Gestão de Saúde para Operadoras de Autogestão – FIOCRUZ. Especialista em Planejamento e Gerência em Serviços de Saúde- UNISUL. Especialista em Enfermagem do Trabalho - UNISUL SC. Enfermeira pela UNISUL-SC. Foi Diretora de Negócios Institucionais e Diretora Administrativa Financeira da ASSEPAS-UNIDAS-PR e Diretora Técnica UNIDAS-SC. Foi docente e coordenadora da Pós Graduação de Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde na UNINTER e docente convidada da Pós Graduação de Auditoria e Gestão em Saúde na Universidade TUIUTI do Paraná e SPEI. Foi Gerente Regional do Serviço Social das Estradas de Ferro – SESEF, Plano de Saúde de Autogestão; Auditora de Enfermagem e responsável pelo ambulatório do SESEF. É Assessora Técnica da UNIDAS – PR. É Membro do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos na UNINTER. Diretora de Negócios e consultora na PROVINCE SAÚDE.

LUCYANE COSTA GUINSKI

Especialista em Gestão de Planos de Saúde PUC-PR. Especialista em Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde PUC-PR. Enfermeira pela PUC-PR. Coautora do Programa Paranaense de Avaliação dos Serviços de Saúde do Paraná - PROPASS PLUS. Foi assessora Técnica da ASSEPAS-PR. Foi docente convidada nos Cursos de Especialização de Vigilância Sanitária e MBA Auditoria em Saúde - UNINTER e ABC in Company - Pós Graduação Gestão e Auditoria em Saúde. É enfermeira auditora pela Province Saúde na Fundação Sanepar e Clinipam. É enfermeira na prefeitura municipal de Curitiba PR. Consultora Enfermeira da PROVINCE SAÚDE.

Autor 2ª, 3ª,4ª e 5ª Edição

LÚCIA HELENA DA SILVA MENDES

Mestre em Tecnologias em Saúde PUC-PR. E-MBA em Gestão Estratégica de Negócios - PUC PR. Especialista em Gestão de Saúde para Operadoras de Autogestão – FIOCRUZ. Especialista em Planejamento e Gerência em Serviços de Saúde- UNISUL. Especialista em Enfermagem do Trabalho - UNISUL SC. Enfermeira pela UNISUL-SC. Foi Diretora de Negócios Institucionais e Diretora Administrativa Financeira da ASSEPAS-UNIDAS-PR e Diretora Técnica UNIDAS-SC. Foi docente e coordenadora da Pós Graduação de Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde na UNINTER e docente convidada da Pós Graduação de Auditoria e Gestão em Saúde na Universidade TUIUTI do Paraná e SPEI. Foi Gerente Regional do Serviço

Social das Estradas de Ferro – SESEF, Plano de Saúde de Autogestão; Auditora de Enfermagem e responsável pelo ambulatório do SESEF. É Assessora Técnica do Programa UNIPLUS da UNIDAS e Membro do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos na UNINTER. Diretora de Negócios e consultora na PROVINCE SAÚDE. É membro suplente da UNIDAS no COTAQ-QUALISS da ANS.

REVISOR GRAMATICAL

LUIZ CLÁUDIO SAMPAIO MENDES

Mestre em Administração pela PUC- PR. Especialista em Auditoria e Gestão em Saúde – TUIUTI/PR. Especialista em Marketing pela PUC/PR. Psicólogo pela UNISUL/SC. Docente substituto no Curso de Graduação de Administração da PUC-PR. Docente convidado da Pós Graduação de Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde na UNINTER. Foi Gerente de Recursos Humanos na CIC Companhia de Desenvolvimento de Curitiba - CIC. Atuou com treinamento de recursos humanos na área empresarial e com dependentes químicos na Fundação Copiosa Redenção em Matinhos - PR. Diretor Executivo da PROVINCE SAÚDE.

HORJANA RAUEN DE CASTRO

Economista pela Universidade Federal do Paraná. Negociadora da Fundação Sanepar de Assistência Social. Membro do Comitê do Programa UNIPLUS. Foi Coordenadora Administrativa da Associação Paranaense de Autogestões em Saúde (ASSEPAS). Foi Assessora Técnica Executiva do Hospital Vita Batel. Foi Coordenadora da Comissão Geral de Negociações da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS/PR.

REVISOR JURÍDICO

JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA

Assessor Jurídico da UNIDAS. Graduado em Direito pela Faculdade de Direito de Guarulhos (1983), especialização em Direito Empresarial pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (1986), especialização em Direito Comercial pela Universidade de São Paulo (1988) e especialização em Direito da Economia e de Empresa pela Fundação Getúlio Vargas - RJ, com módulo na Ohio University (2003). Mestre em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (2004). Doutor em Direito pela FADISP (2015). Professor licenciado da Universidade de Guarulhos. Presidente do Instituto Brasileiro de Direito da Saúde Suplementar. Membro do Instituto dos Advogados de São Paulo. Membro do World Association for Medical Law. Palestrante nacional e internacional. Sócio do escritório Toro e Advogados Associados. Consultor jurídico da Unidas - União

Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Autor de livros jurídicos. Parecerista.

ASSESSORIA DE IMPRENSA

MICHELI SCARASATI

Graduada em Comunicação Social - Jornalismo. MBA em Marketing pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). É analista de comunicação da UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Foi assessora de imprensa da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, Assessora de imprensa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Foi executiva de atendimento na Kreab Gavin Anderson.

DIREITOS RESERVADOS

"Proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer meio eletrônico, magnético ou mecânico, inclusive através de processos xerográficos, de fotocópia e de gravação, sem permissão expressa dos autores em consonância com a UNIDAS.
A violação de direito autoral constitui crime, nos termos do art. 184 do Código Penal Brasileiro, com nova redação dada pela Lei n °8635/93 e pela Lei n °9619/98."

Colaboradores da 4ª Edição

ALDO ROSSI

Diretor Superintendente da Unidas PR. Gerente de Unidade da CASSI PR. Representante da Unidas PR no Comitê de Judicialização PR e RS. Administrador Hospitalar, Pós Graduado em Gestão de Novos Negócios em Saúde- PUC RS, Avaliador Nível II do PGQP (Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade). Representante da Unidas RS no Comitê Permanente de Operadoras de Saúde do RS, Representante da Unidas Nacional no GT Novos Modelos de Remuneração da ANS. Gerente Unidade da CASSI RS. Superintendente da Unidas RS. Administrador e Diretor de entidades hospitalares. Consultor em Gestão de Custos Hospitalares. Consultor de Planejamento Estratégico Secretaria de Saúde de Tubarão-SC. Professor Titular nas disciplinas de Custos I e II na FUCAPI-SC. Professor da disciplina de Planejamento Estratégico na UNESC-SC. Dirigente de Entidades Representativas de Hospitais no RS e SC.

HORJANA RAUEN DE CASTRO

Economista pela Universidade Federal do Paraná. Negociadora da Fundação Sanepar de Assistência Social. Membro do Comitê do Programa UNIPLUS. Foi Coordenadora Administrativa da Associação Paranaense de Autogestões em Saúde (ASSEPAS). Foi Assessora Técnica Executiva do Hospital Vita Batel. Foi Coordenadora da Comissão Geral de Negociações da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS/PR.

LIZE MATTIELLO DE OLIVEIRA.

Enfermeira. Mestre em Tecnologia em Saúde pela PUC/PR, Especialista em Administração Hospitalar e Infecção Hospitalar PUC/PR, Docente convidada pela UNINTER – Pós Graduação de Gestão e Auditoria em Saúde. Enfermeira Auditora no Plano de Autogestão GEAP Saúde – Atualmente é Coordenadora dos Programas de Atenção domiciliar e no setor de Cadastro de Prestadores. Membro da Sociedade Paranaense dos Enfermeiros Auditores - SPEA.

LUCILA CRISTINA GONÇALVES CARDOSO

Graduada em Administração Comércio Exterior – FACEL. Coordenadora Estadual de Saúde na Fundação ASSEFAZ, Salvador/BA. Supervisora Estadual de Faturamento na Fundação ASSEFAZ em São Paulo-SP. Supervisora Estadual de Programas Sociais na Fundação ASSEFAZ Curitiba-PR. Supervisora Regional na UNIDAS-PR.

LUIZ CLÁUDIO SAMPAIO MENDES

Mestre em Administração pela PUC- PR. Especialista em Auditoria e Gestão em Saúde – TUIUTI/PR. Especialista em Marketing pela PUC/PR. Psicólogo pela UNISUL/SC. Docente substituto no Curso de Graduação de Administração da PUC-PR. Docente convidado da Pós Graduação de Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde na UNINTER. Foi Gerente de Recursos Humanos na CIC Companhia de Desenvolvimento de Curitiba - CIC. Atuou com treinamento de recursos humanos na área empresarial e com dependentes químicos na Fundação Copiosa Redenção em Matinhos - PR. Diretor Executivo da PROVINCE SAÚDE.

LUIZ HENRIQUE PICOLO FURLAN

Médico UFPR. Especialista em saúde coletiva com concentração em saúde da família pela UFPR. Especialista em cardiologia pela UFPR. Mestre em Medicina interna pela UFPR. MBA de gestão em saúde pela FAE. Professor no Curso de Medicina da Universidade POSITIVO e da Pós-graduação da Fundação Unimed. Membro da Câmara Técnica de Medicina baseada em evidência do sistema Unimed. Responsável Técnico da Fundação COPEL.

MOACIR PIRES RAMOS

Médico UFPR. Médico Epidemiologista da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná. Epidemiologista pela Fiocruz/MS. Conselheiro CRM/PR. Infectologista - Sociedade Brasileira de Infectologia. Epidemiologista do Núcleo Regional do Ministério da Saúde no Paraná cedido ao Hospital do Trabalhador. Médico do Serviço Médico e Assessor Técnico do Plano de Saúde da Itaipu Binacional. Assessor para Medicina Baseada em Evidências da UNIMED Federação do Paraná. Foi professor de Epidemiologia e de Doenças Infecciosas e Parasitárias na UFPR e na Universidade Positivo. Foi Diretor do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

ROSA MARIA COELHO ALVES COSTA SCHAITZA

Formada em Medicina com residência em Anestesiologia - Hospital de Clinicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em Auditoria e Mecanismos de Regulação em Saúde – Universidade Gama Filho / Fundação Unimed – em curso. MBA em Gestão Hospitalar – Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX). Pós-Graduação em Ensino Médico – Universidade Federal do Paraná. Pós-Graduação em Auditoria e Mecanismos de Regulação em Saúde – Universidade Gama Filho / Fundação UNIMED. Atuou como médica na Fundação da Universidade Federal do Paraná (FUNPAR) / Hospital de Clinicas - Serviço de Anestesiologia. Atua como médica anestesiologista no Centro Cirúrgico, em cirurgias de Oftalmologia e Cirurgia Plástica. Auditora médica na CASSI PR e UNIMED Curitiba. Atua como Médica no Hospital do Trabalhador - Serviço de Anestesiologia no Centro Obstétrico.

Colaboradores da 5ª Edição

ALDO ROSSI

Diretor Superintendente da Unidas PR. Gerente de Unidade da CASSI PR. Representante da Unidas PR no Comitê de Judicialização PR e RS. Administrador Hospitalar, Pós Graduado em Gestão de Novos Negócios em Saúde- PUC RS, Avaliador Nível II do PGQP (Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade). Representante da Unidas RS no Comitê Permanente de Operadoras de Saúde do RS, Representante da Unidas Nacional no GT Novos Modelos de Remuneração da ANS. Gerente Unidade da CASSI RS. Superintendente da Unidas RS. Administrador e Diretor de entidades hospitalares. Consultor em Gestão de Custos Hospitalares. Consultor de Planejamento Estratégico Secretaria de Saúde de Tubarão-SC. Professor Titular nas disciplinas de Custos I e II na FUCAPI-SC. Professor da disciplina de Planejamento Estratégico na UNESC-SC. Dirigente de Entidades Representativas de Hospitais no RS e SC.

ANA MARIA CAMPOS XAVIER

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Mato Grosso (1981) e Especialização em Auditoria de Sistemas da Saúde pela Faculdade São Camilo - RJ (2004).Atualmente é Auditor - GEAP FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL. Tem experiência na área de: Auditoria Operativa e Analítica realizando Análise de Contas Médicas, Faturas Hospitalares e N. Fiscais de OPME, com emissão de relatórios e Pareceres; Acompanhamento da Assistencia prestada a pacientes; Vistorias em Clínicas e Hospitais para Credenciamento e Recadastramento de Serviços; - Auditoria Interna realizando controle e monitoramento da aplicação dos normativos e legislação vigentes em operadora de âmbito nacional; Área de Enfermagem com Supervisão Noturna de UTI e Clínica Médica e chefia Geral de Enfermagem de Plantões.

ANA MARIA PERITO MANZOCHI

Graduada em Farmácia e Análises Clínicas pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pós Graduada em Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar pelo Instituto Superior Pequeno Príncipe e Gestão de Vigilância em Saúde pela Universidade Castelo Branco. Chefiou a Divisão de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde (DVVSS) da Secretária Estadual de Saúde do PR.

BEATRIZ JACKIU PISA

Mestre em Planejamento e Governança Pública pela UTFPR. Graduada em Administração pela Universidade Federal do Paraná. Autora de Livros na Área de Administração e Administração Pública. Lecionou no Instituto Politécnico Estadual; foi proprietária de uma microempresa especializada na criação de logomarcas e impressos personalizados; atuou na área financeira de empresas como a Rede Ferroviária Federal S/A e América Latina Logística; e atualmente trabalha na Caixa Econômica Federal.

CRISTIANO BLAN DOS SANTOS

Bacharel em Administração de Empresas pela UTPPR - Universidade Tuiuti do Paraná, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde pela FAE Business School. Gerente da área de negociação, contratação e relacionamento com a rede credenciada na Empresa Fundação Copel de Previdência e Assistência Social. Diretor Técnico na Unidas PR.

DAIANE CRISTINE BONASSOLI DA COSTA

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário UNIDOMBOSCO. Exerce a função de Gerente Regional do Paraná na Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde, iniciou suas atividades em 2011 atuando em diversas áreas, como atendimento aos beneficiários, credenciamento, faturamento e negociação com a rede credenciada. Atua também como vice-coordenadora na Comissão de Estudos e Pesquisas da Saúde Suplementar – CEPSS - UNIDAS/PR.

HISLENE OLIVEIRA

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Fundação Educacional de Fernandópolis. Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal pelo Centro Universitário Herminio Ometto de Araras, UNIARARAS, Brasil. É enfermeira do Hospital de Clínicas da UFPR em Curitiba/PR. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica.

HORJANA RAUEN DE CASTRO

Economista pela Universidade Federal do Paraná. Negociadora da Fundação Sanepar de Assistência Social. Coordenadora da Comissão de Estudos e Pesquisas da Saúde Suplementar, da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS/PR. Vice Coordenadora do Comitê do Programa UNIPLUS. Foi Coordenadora Administrativa da Associação Paranaense das Autogestões em Saúde (ASSEPAS). Foi Assessora Técnica Executiva do Hospital Vita Batel. Foi Coordenadora da Comissão Geral de Negociações, da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS/PR.

JULIANA MARTINHO BUSCH

Diretora de previdência e assistência da CAPESESP. Médica graduada pela Escola de Medicina Souza Marques (FTESM), associada da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, pós-graduada pelo Serviço de Endocrinologia do Hospital dos Servidores do Estado/RJ (HSE) e em Medicina Interna/Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Título de profissional certificada com ênfase em Administração pelo ICSS - Instituto de Certificação de Profissionais de Seguridade Social.

JÚLIO CÉSAR DE SOUZA

Gerente de Divisão – Relacionamento com o Mercado da CASSI Rio de Janeiro. Superintendente Estadual da UNIDAS Rio de Janeiro. Mestrado em Administração de Serviços de Saúde pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – Buenos Aires – Argentina (Março/2015). Pós Graduação Curso de Especialização (Lato Sensu) em GESTÃO EMPRESARIAL DA SAÚDE, PUC-PR (Março/2010). Graduação ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS, CENTRO UNIVERSITÁRIO NEWTON PAIVA – Belo Horizonte- MG. (dezembro/2003).

LIZE MATTIELLO DE OLIVEIRA.

Enfermeira. Mestre em Tecnologia em Saúde pela PUC/PR, Especialista em Administração Hospitalar e Infecção Hospitalar PUC/PR, Docente convidada pela UNINTER – Pós Graduação de Gestão e Auditoria em Saúde. Enfermeira Auditora no Plano de Autogestão GEAP Saúde – Atualmente é Coordenadora dos Programas de Atenção domiciliar e no setor de Cadastro de Prestadores. Membro da Sociedade Paranaense dos Enfermeiros Auditores - SPEA.

LILIAN CRISTINA MAINARDES DE MIRANDA

Especialista em Terapia Intensiva, Universidade Federal do Paraná. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Paraná. E-MBA em Auditoria em Serviços de Saúde, IBEPEX. Enfermeira pela UFPR. Foi Gerente de Enfermagem no Hospital e Maternidade Pinhais. Enfermeira Na Bayer - Multinacional e Industria farmacêutica. Avaliadora do Programa Paranaense de Avaliação dos Serviços de Saúde do Paraná- PROPASS PLUS. Avaliadora do Programa Paranaense de

Avaliação dos Serviços de Saúde - Programa UNIPLUS/UNIDAS. Enfermeira da Maternidade Vitor Ferreira do Amaral, do Complexo do Hospital de Clinicas UFPR.

LOURDES DE MARCHI CAPELETTO

Gerente de Divisão de Saúde da CASSI PR, Médica pós graduada em Clínica Médica, Cardiologia, pela UFPR, Gestão de Unidades de Saúde pela PUC PR e Medicina de Família e Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde pela FEPAR PR em parceria com Hospital Italiano de Buenos Aires. Supervisora de Unidades de Saúde da SMS Curitiba PR, Gerente da Unidade do Idoso - Ouvidor Pardinho e Santa Efigênia em Curitiba, Gerente de Atenção à Saúde na CASSI PR. Supervisão de estágio do Internato de Saúde para alunos do 6º ano de medicina em Unidades Avançadas de Saúde – SMS- Curitiba PR. Avaliadora de desempenho escolar dos alunos da Disciplina de propedêutica médica I do departamento de clínica médica – UFPR. Professora convidada na Especialização de Medicina Familiar – FEPAR e UNOPAR de Londrina. Formadora Institucional de Monitores para capacitação em Saúde da Família. Multiplicadora Institucional do Curso Básico em Saúde da Família. Chefia de plantão no Pronto Atendimento do Hospital de Clínicas UFPR, Médica de Ambulatório em Unidades de Saúde de Curitiba, Médica Cardiologista em consultório.

LUCILA CRISTINA GONÇALVES CARDOSO

Graduada em Administração Comércio Exterior – FACEL. Coordenadora Estadual de Saúde na Fundação ASSEFAZ, Salvador/BA. Supervisora Estadual de Faturamento na Fundação ASSEFAZ em São Paulo-SP. Supervisora Estadual de Programas Sociais na Fundação ASSEFAZ Curitiba-PR. Supervisora Regional na UNIDAS-PR.

LUIS MARCELO CHARELLO

Graduado em Administração de Empresas, Pós Graduado em Gestão Empresarial pela Universidade Positivo. Foi Gerente de Relacionamento e atualmente exerce a função de Gerente de Saúde e Benefícios, na Fundação Sanepar de Assistência Social. É Diretor de Comunicação da União Nacional das Instituições de Autogestões em Saúde - UNIDAS-PR.

LUIZ CLÁUDIO SAMPAIO MENDES

Mestre em Administração pela PUC- PR. Especialista em Auditoria e Gestão em Saúde – TUIUTI/PR. Especialista em Marketing pela PUC/PR. Psicólogo pela UNISUL/SC. Docente substituto no Curso de Graduação de Administração da PUC-PR. Docente convidado da Pós Graduação de Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde na UNINTER. Foi Gerente de Recursos Humanos na CIC Companhia de Desenvolvimento de Curitiba - CIC. Atuou com treinamento de recursos humanos na área empresarial e com dependentes químicos na Fundação Copiosa Redenção em Matinhos - PR. Diretor Executivo da PROVINCE SAÚDE.

LUIZ HENRIQUE PICOLO FURLAN

Especialista em Saúde Coletiva com concentração em Saúde da Família, UFPR. Cardiologista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Mestre em Medicina Interna. UFPR. MBA de Gestão em Saúde, FAE. Professor de Medicina da Universidade Positivo. Professor da Pós-Graduação da Faculdade Unimed. Médico do Núcleo de Inteligência em Saúde da Unimed do Paraná. Membro da Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências da Unimed do Brasil

MAURICIO MELO

Mestre em Gestão; graduado em Direito; pós-graduado em Direito Constitucional, em Direito Político e em Políticas de Segurança Pública; especializado em planejamento estratégico, prospecção de cenários e gestão estratégica; ex-Subsecretário de Estado e Corregedor-Geral da Saúde do Distrito Federal; Diretor-Jurídico da Câmara de Comércio do Mercosul e Américas; Presidente da Rede Internacional de Excelência Jurídica, seção Brasília/DF; CEO da Novità Home Care Serviços em Saúde LTDA. e Diretor-Presidente da M2P Soluções Estratégicas e Participações S/A.

MICHELLE FATIMA TAVARES ALVES

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (2004), Especialista em Saúde Coletiva (2009) pela Universidade Positivo, Especialista em Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2011) pela Universidade Federal de São Paulo e Especialista em Avaliação de Tecnologias em Saúde (2013) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Saúde Coletiva (2017) pela Universidade Federal do Paraná. Atualmente é Enfermeira do Centro de Epidemiologia na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba e Coordenadora do Núcleo Curitiba da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). Atuou na Vigilância Sanitária na área de Serviços de Saúde e coordenou o Grupo Técnico de Vigilância Sanitária em Segurança do Paciente. Tem experiência em Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar, Vigilância Epidemiológica, Saúde Baseada em Evidências, Avaliação de Tecnologias em Saúde, Medicina Preventiva e Enfermagem Assistencial.

MOACIR PIRES RAMOS

Médico UFPR. Médico Epidemiologista da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná. Epidemiologista pela Fiocruz/MS. Conselheiro CRM/PR. Infectologista - Sociedade Brasileira de Infectologia. Epidemiologista do Núcleo Regional do Ministério da Saúde no Paraná cedido ao Hospital do Trabalhador. Médico do Serviço Médico e Assessor Técnico do Plano de Saúde da Itaipu Binacional. Assessor para Medicina Baseada em Evidências da UNIMED Federação do Paraná. Foi professor de Epidemiologia e de Doenças Infecciosas e Parasitárias na UFPR e na Universidade Positivo. Foi Diretor do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

PAULA FRANCIELE SILVA OLIVEIRA

Graduada em Gestão de Recursos Humanos pelo Centro Universitário Curitiba – UNICURITIBA. Premiada pelo UNICURITIBA com título Milton Vianna Filho, como destaque de graduação. Supervisora Regional na UNIDAS-PR. Atuou na CASSI-PR com Programas de Assistência Farmacêutica e Home Care. Atuou com Programas de Atenção à Saúde na NAGIS HEALTH. Atuou na assistência ao beneficiário na operadora Clinipam.

REJANE RODOVALHO

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Triângulo-UNITRI (MG). Pós-graduada em Auditoria em Serviços de Saúde e Administração Hospitalar. Atuou como Enfermeira Assistencial em UTI e Enfermeira Auditora Interna Hospitalar. Atualmente como Enfermeira Auditora em Planos de Saúde e Docente em curso de MBA em Auditoria em Planos de Saúde.

VANESSA LUCIANA MACEDO

Graduada em Enfermagem pela Faculdades Integradas de Jaú, especialização em Enfermagem em Unidade Cardiológica e Hemodinâmica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e mestrado em Mestrado Acadêmico pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho(2016). Atualmente é Enfermeira da Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar. Tem experiência na área de Enfermagem.

WANESSA PEREIRA CYSNEIROS

Graduada em administração de empresas pela UFPE- Universidade Federal de Pernambuco; Pós graduada pela UPE - Universidade de Pernambuco na especialização de planejamento e Gestão Organizacional e no MBA de Administração Hospitalar. Especialização em Auditoria de serviços de saúde pelo IDE – Instituto de Desenvolvimento Educacional. Supervisora da Equipe administrativa de Planos de Saude da Fachesf, há dez anos como Gerente de Regulação da Fachesf.

© 2018 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica do Programa UNIPLUS da UNIDAS.

Ficha catalográfica

Mendes, Lucia Helena da Silva. – São Paulo, 2018. 235 f. Manual da Ficha Técnica dos Indicadores do Programa UNIPLUS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS, 5ª ed. São Paulo, 2018.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DA CATEGORIA DE HOSPITAIS E CLÍNICAS COM INTERNAÇÃO ou DAY CLINIC 20
1. Incidência de extravasamento de droga antineoplásica em pacientes em atendimento ambulatorial 22
2. Incidência de extubação acidental (não planejada) em UTI Geral/Adulto ou Coronariana 23
3. Incidência de extubação acidental (não planejada) em UTI neonatal 25
4. Incidência de extubação acidental (não planejada) em UTI pediátrica 27
5. Incidência de flebite 29
6. Incidência de lesão por pressão do paciente 31
7. Incidência de perda de sonda nasogastroenteral para aporte nutricional 33
8. Índice de avaliação da limpeza e desinfecção concorrente com inspeção visual por check list em conformidade 34
9. Índice de avaliação da limpeza e desinfecção terminal com inspeção visual por check list em conformidade 36
10. Índice de avaliação de risco de trombose venosa e TEP Tromboembolismo Pulmonar 38
11. Índice de contratos pactuados com as operadoras da modalidade de autogestão de acordo com a legislação vigente 40
12. Índice de ocupação geral de residentes no hospital 41
13. Índice de profilaxia realizada para evento tromboembólico 42
14. Índice de queda de pacientes 44
15. Média de permanência em UTI Geral/Adulto 46
16. Média de permanência em UTI pediátrica 48
17. Média de permanência geral em maternidade 49
18. Média de permanência geral em UTI neonatal 50
19. Média de permanência geral institucional 51
20. Média de permanência para internação cirúrgica 52
21. Média de permanência para internação clínica 54
22. Média de permanência para internação de pacientes com outros transtornos mentais 56
23. Média de permanência para internação de pacientes que sofrem de dependência química 57
24. Média permanência de pacientes atendidos em regime de hospital dia em psiquiatria 58
25. Proporção de enfermeiros por leito 59
26. Proporção de ordens de serviço atendidas por setor do hospital 61
27. Taxa de absenteísmo 62
28. Taxa de acolhimento com classificação de risco 63
29. Taxa de adesão à lista de verificação com padrões de cirurgia segura 65
30. Taxa de avaliação da limpeza e desinfecção terminal com métodos microbiológicos em conformidade 67
31. Taxa de avaliação da qualidade bacteriológica da água hospitalar 69

32. Taxa de avaliação dos artigos médico-hospitalares preparados e acondicionados em conformidade 71
33. Taxa de avaliação nutricional nas primeiras 24 horas de internação 72
34. Taxa de consumo de preparação alcoólica para as mãos 73
35. Taxa de consumo de sabonete líquido associado ou não a antisséptico 74
36. Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Geral/Adulto 75
37. Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Pediátrica 77
38. Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Neonatal 79
39. Taxa de erros de prescrição com notificação ao núcleo de segurança do paciente - NSP 81
40. Taxa de erros na administração de medicação com notificação ao núcleo de segurança do paciente - NSP 83
41. Taxa de erros na dispensação de medicamentos com notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente - NSP 85
42. Taxa de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente 87
43. Taxa de exames e procedimentos de acordo com a capacidade instalada 89
44. Taxa de falhas na conservação de embalagens de artigos médico-hospitalares 90
45. Taxa de falhas nas condições de limpeza de artigos médico-hospitalares 91
46. Taxa de falhas no processo de selagem de artigos médico-hospitalares 92
47. Taxa de guias eletrônicas de cobrança no Padrão TISS vigente na ANS 93
48. Taxa de infecção de pneumonia associada à ventilação hospitalar em UTI Geral94
49. Taxa de infecção de pneumonia associada à ventilação hospitalar em UTI pediátrica 96
50. Taxa de infecção de pneumonia associada à ventilação hospitalar em UTI Neonatal 98
51. Taxa de infecção hospitalar 100
52. Taxa de internações a partir do pronto atendimento 102
53. Taxa de manutenção preventiva para equipamentos médico-hospitalares e instalação predial 104
54. Taxa de monitoramento do uso adequado de antibióticos 105
55. Taxa de mortalidade cirúrgica/ pós-operatória 107
56. Taxa de mortalidade em UTI pediátrica 109
57. Taxa de mortalidade esperada por sepse em UTI 110
58. Taxa de mortalidade neonatal entre recém-nascidos de baixo peso 112
59. Taxa de mortalidade por sepse em UTI 113
60. Taxa de ocupação geral das salas de cirurgias 115
61. Taxa de ocupação geral das salas de parto normal e cesáreo 116
62. Taxa de ocupação institucional 117
63. Taxa de ocupação operacional do setor 118

64. Taxa de pacientes acompanhados na evolução da mobilidade/funcionalidade em assistência fisioterápica com uso de protocolos assistencial com escala de medição 120
65. Taxa de pacientes com diarreia em terapia nutricional enteral 121
66. Taxa de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes internados 122
67. Taxa de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão 124
68. Taxa de pacientes monitorados com dispneia em assistência fisioterápica com uso de protocolos assistencial com escala de medição 126
69. Taxa de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado 127
70. Taxa de pacientes submetidos à avaliação de risco de queda na admissão 129
71. Taxa de pacientes submetidos à avaliação de risco para lesão por pressão na admissão 131
72. Taxa de pacientes submetidos à avaliação diária para risco de lesão por pressão 133
73. Taxa de parto cesáreo 135
74. Taxa de prescrições dos pacientes revisadas por farmacêutico antes da dispensação 137
75. Taxa de protocolos assistenciais clínicos e cirúrgicos implantados 138
76. Taxa de quedas de pacientes com dano 140
77. Taxa de readmissão de pacientes em menos de 30 dias da alta hospitalar 142
78. Taxa de readmissão em UTI 144
79. Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia 145
80. Taxa de rotatividade recursos humanos 146
81. Taxa de sucesso na extubação de pacientes acompanhados por fisioterapeuta com teste de respiração espontânea - TER 148
82. Tempo de espera na urgência e emergência 150
CAPÍTULO 2 - FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DA CATEGORIA DE CLÍNICA AMBULATORIAL 152
1. Grau de disponibilidade de informações aos pacientes e familiares em serviço de urgência móvel 154
2. Grau de preenchimento da história clínica em serviço de urgência móvel 156
3. Incidência de erros relacionados à administração de medicação durante a atenção domiciliar 158
4. Incidência de extravasamento de droga antineoplásicas em pacientes em atendimento ambulatorial 160
5. Incidência de pacientes que desenvolveram lesão por pressão durante a atenção domiciliar 162
6. Incidência de queda durante a atenção domiciliar 164
7. Incidência geral de infecção durante a atenção domiciliar 166
8. Índice de avaliação da limpeza e desinfecção concorrente com inspeção visual por check list em conformidade 168
9. Índice de avaliação da limpeza e desinfecção terminal com inspeção visual por check list em conformidade 170
10. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal 172
11. Taxa de absenteísmo em serviço ambulatorial 174

12. Taxa de acolhimento com classificação de risco em pronto atendimento ambulatorial 175
13. Taxa de adesão ao tratamento de pacientes portadores de doenças crônicas 177
14. Taxa de adesão ao tratamento de terapia ocupacional 179
15. Taxa de adesão ao tratamento fonoterápico 181
16. Taxa de adesão ao tratamento nutricional 183
17. Taxa de adesão ao tratamento psicológico 185
18. Taxa de avaliação da limpeza e desinfecção terminal com métodos microbiológicos em conformidade 187
19. Taxa de desmame da atenção domiciliar 189
20. Taxa de equipamentos médico-hospitalares de alta complexidade com manutenção preventiva 191
21. Taxa de eventos adversos notificados ao NOTIVISA 193
22. Taxa de guias eletrônicas de cobrança no Padrão TISS vigente na ANS 195
23. Taxa de internação de pacientes atendidos no pronto atendimento ambulatorial 196
24. Taxa de ocupação institucional do serviço ambulatorial 198
25. Taxa de pacientes com melhora da dor, avaliados com escala de medição em assistência fisioterápica ambulatorial 199
26. Taxa de pacientes portadores de doenças respiratórias com melhora, em assistência fisioterápica ambulatorial 201
27. Taxa de protocolos básicos de suporte à vida implementados 203
28. Taxa de protocolos médicos assistenciais implementados 205
29. Taxa de protocolos odontológicos assistenciais implementados 207
30. Taxa de reações adversas por uso de contraste em exames de imagem 208
31. Taxa de rejeição ou repetição de exames 210
32. Taxa de rotatividade da equipe assistencial em serviço ambulatorial 212
33. Taxa de rotatividade de recursos humanos em serviço ambulatorial 214
34. Tempo de espera no atendimento de urgência ambulatorial 216
35. Tempo de espera no atendimento eletivo ambulatorial 218
36. Tempo de espera para agendamento de consulta médica nas especialidades básicas 220
37. Tempo de espera para agendamento de consulta médica nas especialidades não básicas 222
38. Tempo de espera para agendamento de consulta ou sessão com profissionais não médicos 224
39. Tempo de espera para agendamento de serviços de diagnóstico ou terapias ambulatoriais 226
40. Tempo de resposta para admissão do paciente para atenção domiciliar 228
41. Tempo médio de permanência no pronto atendimento ambulatorial 230
42. Tempo médio de resposta das remoções eletivas 232
43. Tempo médio de resposta para remoções de urgência e emergência 234

Apresentação

O Manual da Ficha Técnica dos Indicadores do UNIPLUS apresenta os indicadores coletados no ato da visita de avaliação e no monitoramento anual. Está organizado em ordem alfabética em dois capítulos:

- CAPÍTULO 1 - FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DA CATEGORIA DE HOSPITAIS E CLÍNICAS COM INTERNAÇÃO ou DAY CLINIC
- CAPÍTULO 2 - FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DA CATEGORIA DE CLÍNICA AMBULATORIAL

Cabe aos prestadores de serviços de saúde avaliados pelo Programa UNIPLUS, informar anualmente, os indicadores monitorados pelo Programa UNIPLUS e a atualização documental.

Os indicadores obrigatórios monitorados do Programa UNIPLUS, de acordo com a categoria do prestador, deverão ser informados pelo prestador em uma série histórica de 12 meses, contados a partir do mês de avaliação do Programa UNIPLUS.

.

Lucia Helena da Silva Mendes
São Paulo, setembro de 2018.

CAPÍTULO 1 - FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DA CATEGORIA DE HOSPITAIS E CLÍNICAS COM INTERNAÇÃO ou DAY CLINIC

- Cada indicador é avaliado de acordo com a categoria do prestador e devem representar a média anual. Consulte os indicadores obrigatórios no portal da UNIDAS www.unidas.org.br/uniplus.
- Confira na Ficha técnica de cada indicador no campo "Apuração dos Dados", que define o momento em que os resultados de cada indicador serão avaliados/coletados no Programa UNIPLUS.
- O período de apuração de cada indicador deverá corresponder a uma série histórica de 12 meses, contados a partir da data da avaliação in loco.
- Durante a vigência da certificação, os indicadores serão monitorados anualmente e comparados com os indicadores informados no ato da visita pelo prestador.
- Em caso de dúvidas consulte o Glossário do Programa UNIPLUS.

No Programa UNIPLUS, os prestadores da categoria de hospitais constam no Quadros 1.

Quadro 1 – Categorias de hospitais do Programa UNIPLUS

TIPO DE HOSPITAL	CÓDIGO
1. HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE	HAC
2. HOSPITAL GERAL	HG
3. HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CARDIOLOGIA	HECAR
4. HOSPITAL ESPECIALIZADO EM ORTOPEDIA	HEORT
5. HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNIDADE	HEMAT
6. HOSPITAL ESPECIALIZADO EM OFTALMOLOGIA	HEOFL
7. HOSPITAL ESPECIALIZADO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	HEORL
8. HOSPITAL ESPECIALIZADO EM ONCOLOGIA	HEONC
9. HOSPITAL ESPECIALIZADO EM PEDIATRIA	HEPED
10. HOSPITAL ESPECIALIZADO EM PSIQUIATRIA	HEPSIQ

No Programa UNIPLUS os prestadores da categoria de **Clínicas com internação ou Day Clinic** constam no Quadros 2.

Quadro 2 – Categorias de Clínicas com internação ou Day Clinic do Programa UNIPLUS

TIPO DE CLÍNICA	CÓDIGO
1. CLÍNICA GERAL	CG
2. CLÍNICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA	CEC
3. CLÍNICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	CEORL
4. CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	CEORT
5. CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ONCOLOGIA	CEONC
6. CLÍNICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	CEOFL
7. CLÍNICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA	CEPSIQ

Nome	1. Incidência de extravasamento de droga antineoplásica em pacientes em atendimento ambulatorial
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção extravasamento droga antineoplásica).
Conceito	Avalia o extravasamento de droga antineoplásicas em pacientes em uso de drogas antineoplásicas, atendidos em regime ambulatorial.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes em atendimento ambulatorial com extravasamento de droga antineoplásica na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes em uso de droga antineoplásica em atendimento ambulatorial na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	A via intravenosa é a mais utilizada para a administração de quimioterápicos por garantir absorção e nível sérico adequados das diferentes drogas. Dentre os principais eventos adversos relacionados à administração intravenosa, o extravasamento se destaca como a complicação aguda mais severa, causando extremo desconforto e sofrimento ao paciente e exigindo do enfermeiro habilidade clínica para diagnosticá-lo e intervir precocemente.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Quimioterapia no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. CHANES, D.C. et. al. Extravasamento de Drogas Antineoplásicas em Pediatria: Algoritmos para Prevenção, Tratamento e Seguimento. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2008; 54(3): 263-273. 2. CORREIA. J.N. & ALBACH, L.S.P. & ALBACH, CA.. Extravasamento de quimioterápicos: conhecimentos da equipe de enfermagem. *Revista Ciência & Saúde*. Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 22-31, jan./jun. 2011.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* que realize procedimentos de quimioterapia.

Nome	2. Incidência de extubação acidental (não planejada) em UTI Geral/Adulto ou Coronariana
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção Extubação acidental).
Conceito	Avalia a extubação acidental ou extubação não planejada em UTI adulto, ocorrida em momento não programado decorrente da agitação do paciente ou do manuseio da equipe de cuidadores.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor de UTI Geral ou Adulto:** ∑ de extubação não planejada em UTI Geral ou Adulto para cada 100 dias de internação / ∑ de paciente intubado em UTI Geral ou Adulto para cada 100 dias de internação * 100 = %
	(*) **Indicador do setor de UTI Coronariana:** ∑ de extubação não planejada em UTI Coronariana para cada 100 dias de internação / ∑ de paciente intubado em UTI Coronariana para cada 100 dias de internação * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de extubação não planejada em UTIs (Geral ou Adulto + Coronariana) para cada 100 dias de internação / ∑ de paciente intubado em UTIs (Geral ou Adulto + Coronariana) para cada 100 dias de internação * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
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 de laringe e o consequente estridor e alterações fisiológicas como hipoxemia e aumento da pressão arterial e intracraniana.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência
Referências	1. 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. 2. 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, June 2010. 3. 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. 4. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem* - 2ª edição 2012. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar. 5. PEDROSA, T.M. & COUTO, R.C.. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. *Rev. Médica de Minas Gerais,* 2014; 24(2): 216-222.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	3. Incidência de extubação acidental (não planejada) em UTI neonatal
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção Extubação acidental).
Conceito	Avalia a extubação acidental ou extubação não planejada em UTI neonatal, ocorrida em momento não programado decorrente da agitação do paciente ou do manuseio da equipe de cuidadores.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de extubação não planejada em UTI Neonatal para cada 100 dias / ∑ de paciente intubado em UTI Neonatal para cada 100 dias de internação * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Estudos têm indicado que a porcentagem de ENP em pacientes pediátricos intubados varia entre 0,6 a 13,3%, o que equivale a uma taxa de 0,11 a 1,26 para cada 100 dias de VM.(3,8,13) Já nos pacientes neonatais, a porcentagem varia entre 11,5 a 19,2%. Os lactentes e os RNs, principalmente os RNs de muito baixo peso, têm maior risco para ENP, em razão do comprimento mais curto da traqueia e da imaturidade cognitiva. As complicações potenciais da ENP incluem falhas respiratórias, riscos associados à reintubação, aumento da duração da ventilação mecânica (VM) e do tempo de internação, hipóxia, pneumotórax, pneumonia secundária, displasia broncopulmonar, trauma de vias aéreas superiores e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. Contudo, a ENP raramente está associada ao aumento da mortalidade. Em neonatos varia entre 11,5 a 19,2%, para cada 100 dias de VM/intubação.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de UTI Neonatal no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. 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. 2. 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, June 2010. 3. 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. 4. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem*. 2ª edição 2012. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar. 5. PEDROSA, T.M. & COUTO, R.C. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. *Rev. Médica de Minas Gerais* 2014; 24(2): 216-222.
Data de Inclusão	2016

Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	4. Incidência de extubação acidental (não planejada) em UTI pediátrica
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção Extubação acidental).
Conceito	Avalia a extubação acidental ou extubação não planejada em UTI pediátrica, ocorrida em momento não programado decorrente da agitação do paciente ou do manuseio da equipe de cuidadores.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de extubação não planejada em UTI Pediátrica para cada 100 dias de internação / ∑ de paciente intubado em UTI Pediátrica para cada 100 dias de internação * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor a Incidência de Extubação Acidental (não planejada) Pediátrica, melhor. Estudos têm indicado que a porcentagem de ENP em pacientes pediátricos intubados varia entre 0,6 a 13,3% equivalendo a uma taxa de 0,11 a 1,26 para cada 100 dias de VM. Vários fatores contribuintes para a ocorrência de extubação acidental, dentre eles: pacientes menor de um ano, acúmulo de secreções, grau de agitação, ineficiente restrição dos membros, fixação inadequada do tubo e a execução de procedimentos nos pacientes entubados. Entre 0,92 e 3,3 para cada 100 dias de VM/intubação 0,11 a 1,26 para cada 100 dias de VM.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de UTI Pediátrica no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. OLIVEIRA, P.C.R.et al. Incidência e Incidência e fatores de risco para a extubação acidental em uma unidade de terapia intensiva neonatal 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, Set. 2012. 2. 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, June 2010. 3. 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. 4. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem* - 2ª edição 2012. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar. 5. PEDROSA, T.M. & COUTO, R.C. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. *Rev. Médica de Minas Gerais* 2014; 24(2): 216-222.
Data de Inclusão	2016
Categoria do	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou

Prestador	especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	5. Incidência de flebite
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção Infecção).
Conceito	Monitora o índice de pacientes com acesso periférico que apresentam flebite, atendidos ou internados em unidades assistenciais.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de casos de flebite no setor no período / ∑ de pacientes com acesso venoso periférico de pacientes no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de casos de flebite na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes com acesso venoso periférico de pacientes na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor a incidência de flebite, melhor. A flebite é um evento adverso com potencial para causar ônus organizacionais, como aumento de custos relacionados à prolongação do período de internação, ônus aos usuários e familiares devido às próprias características clínicas da complicação.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Berçário; • Setor de Hemodiálise; • Setor de Quimioterapia; • Serviço de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. SOUZA, A.E.B.R. et al. Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário. *Rev Rene*. 2015 jan-fev; 16(1):114-22. Acesso em 18 maio 2016. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1918/pdf>. 2. INFUSION NURSES SOCIETY. Infusion nursing standards of practice. *J Infus Nurs*.

	[Internet]. 2011[cited 2014 Oct 19]; 34(1S). Available from: http://www.ins1.org/files/public/11_30_11_Standards_of_Practice_2011_Cover_TOC.pdf 3. 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. 40 p.: il. 4. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem* - 2ª edição 2012 Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* exceto para hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	6. Incidência de lesão por pressão do paciente
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de lesão por pressão).
Conceito	Monitora o índice de lesão por pressão em pacientes internados em unidades assistenciais.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes com lesão por pressão no setor no período / ∑ de pacientes internados no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com lesão por pressão na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes internados na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menos a Incidência de lesão por pressão do paciente, melhor. A ocorrência de lesão por pressão (UP) nos pacientes atendidos nos serviços de saúde que causa impactos para os pacientes, famílias e sistema de saúde com reflexos no tempo de permanência hospitalar dos pacientes, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Serviço de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. PROQUALIS. *Indicador incidência de ulcera de pressão*. Acesso em 21 jan. 2016. Disponível em <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/13%20Incid%C3%AAncia%20de%20%C3%BAlcera%20por%20press%C3%A3o.pdf> 3. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem*. 2ª edição. Programa CQH

	compromisso com a qualidade hospitalar, 2012.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* exceto para hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	7. Incidência de perda de sonda nasogastroenteral para aporte nutricional
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o percentual de pacientes atendidos em unidades assistenciais, com sonda nasoenteral para aporte nutricional comparado a saída inadvertida da sonda.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor de Nutrição e Dietética:** ∑ de saída inadvertida da sonda enteral em pacientes internados em unidade de terapia intensiva / ∑ de pacientes em terapia nutricional enteral em unidades de terapia intensiva * ∑ de dias de sonda enteral = converter para %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de saída inadvertida da sonda enteral em pacientes internados na instituição de saúde / ∑ de pacientes em terapia nutricional enteral na instituição de saúde * ∑ de dias de sonda enteral = converter para %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
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	(*) **Indicador do setor e** (**) **Indicador da instituição de saúde:** • Serviço de Nutrição e Dietética.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. 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. 2. VEROTI. C.C.G. *Contribuição para seleção de Indicadores de Qualidade em terapia nutricional*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina: São Paulo, 2012. 3. WAITZBERG. D. *Indicadores de qualidade em terapia nutricional*. 1 Ed. Editora: Ilsi. 2008.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	8. Índice de avaliação da limpeza e desinfecção concorrente com inspeção visual por check list em conformidade
Domínio	EFICÁCIA (Prevenção Infecção- limpeza e desinfeção de móveis e equipamentos hospitalares).
Conceito	Avalia o processo de limpeza concorrente em conformidade, mediante uso método inspeção visual por check list em todas as unidades assistenciais.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de check list de limpeza concorrente em conformidade no setor no período / ∑ de check list de limpeza concorrente realizadas no setor no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o índice do indicador, melhor. As infecções relacionadas à assistência à saúde são as complicações mais comuns a acometerem pacientes hospitalizados. O controle da disseminação de microrganismos de importância epidemiológica é um componente importante para a segurança do paciente. Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada). As programadas devem ser realizadas no período máximo de 15 dias quando em áreas críticas (YAMAUSHI et al., 2000; PREFEITURA, 2007). Em áreas semicríticas e não críticas o período máximo é de 30 dias.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Pronto Socorro; • Setor de atendimento ambulatorial (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação semi-privativa (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação Individual ; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Berçário; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico; • Setor de Hemodiálise; • Setor de Quimioterapia; • Setor de Hemodinâmica; • Setor de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca; • Setor de Limpeza.

Relevância	Essencial para assistência e prevenção de infecção hospitalar.
Referências	1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2010. 116 p. Acesso em 20 mai. 2016. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4ec6a200474592fa9b32df3fbc4c6735/Manual+Limpeza+e+Desinfeccao+WEB.pdf?MOD=AJPERES> 2. JERICÓ, M.C., PERROCA, M,G, & PENHA, V.C.. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Artigo Original 19(5):[08 telas] set.-out. 2011. 3. SANTOS, N.D.V. et. al. Avaliação da limpeza terminal em uma unidade para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes. *Rev HCPA* 2013;33(1). 4. OLIVEIRA, T. & CANETTIER, A.C.V. Eficiência dos métodos microbiológicos e de ATP-bioluminescência na detecção da contaminação de diferentes superfícies. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*. 2010; 69(4):467-74.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	9. Índice de avaliação da limpeza e desinfecção terminal com inspeção visual por check list em conformidade
Domínio	EFICÁCIA (Prevenção Infecção- limpeza e desinfeção de móveis e equipamentos hospitalares).
Conceito	Avaliar o processo de limpeza terminal em conformidade, mediante uso método inspeção visual por check list em todas as unidades assistenciais.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de check list de limpeza terminal em conformidade no setor no período / ∑ de check list de limpeza terminal realizada no setor no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o índice do indicador, melhor. As infecções relacionadas à assistência à saúde são as complicações mais comuns a acometerem pacientes hospitalizados. O controle da disseminação de microrganismos de importância epidemiológica é um componente importante para a segurança do paciente. Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada). As programadas devem ser realizadas no período máximo de 15 dias quando em áreas críticas (YAMAUSHI et al., 2000; PREFEITURA, 2007). Em áreas semicríticas e não críticas o período máximo é de 30 dias.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Pronto Socorro; • Setor de atendimento ambulatorial (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação semi-privativa (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Berçário; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico; • Setor de Hemodiálise; • Setor de Quimioterapia; • Setor de Hemodinâmica; • Setor de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca; • Setor de Limpeza.

Relevância	Essencial para assistência e prevenção de infecção hospitalar.
Referências	1. BRASIL. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2010. 116 p. 2. JERICÓ, M.C., PERROCA, M,G, & PENHA, V.C.. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Artigo Original 19(5):[08 telas] set.-out. 2011. 2. SANTOS, N.D.V. et. al. Avaliação da limpeza terminal em uma unidade para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes. *Rev HCPA* 2013;33(1). 3. OLIVEIRA, T. & CANETTIER, A.C.V. Eficiência dos métodos microbiológicos e de ATP-bioluminescência na detecção da contaminação de diferentes superfícies. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*. 2010; 69(4):467-74.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	10. Índice de avaliação de risco de trombose venosa e TEP Tromboembolismo Pulmonar
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de trombose venosa e pulmonar, qualidade da assistência).
Conceito	Avalia a implementação de medidas profiláticas para diminuir o risco de trombose venosa e pulmonar em pacientes.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes em risco de TEV e TEP avaliados no setor no período / ∑ de pacientes em risco de TEV e TEP no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes em risco de TEV e TEP avaliados na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes em risco de TEV e TEP na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	O tromboembolismo venoso é o responsável por um grande número de complicações hospitalares, ocasionando aumento na média permanência hospitalar dos pacientes. As condições mais frequentes de tromboembolia venosa são a trombose venosa profunda e o tromboembolismo pulmonar, esta última representando a causa de morte evitável mais comum em pacientes hospitalizados. Risco de TEV em pacientes clínicos • Pacientes clínicos (geral) - 10- 26% Cade, 1982; Belch et al 1981. • AVC - 11- 75% Nicolaides et al, 1997 • IAM - 17-34% Nicolaides et al, 1997 • Lesão espinhal - 6 -100% Nicolaides et al, 1997 • ICC - 20- 40% Anderson et al, 1950 • UCI - 25- 42% Cade, 1982; Dekker et al, 1991; Hirsh et al, 1995 • Câncer - 6.8-17% Levine 1998; Goodnough 1984 O risco absoluto de trombose venosa profunda (TVP) em ambiente hospitalar é estimado em 15% a 40% em pacientes cirúrgicos, e estudo publicado em 2009 evidenciou que 80% dos cirurgiões plásticos já vivenciaram TVP e 53%, EP2. Todos os pacientes hospitalizados devem ser avaliados em relação à profilaxia do tromboembolismo venoso com implementação de protocolos clínicos para os pacientes de risco.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de Fisioterapia.

	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração; • CCIH; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Embolia pulmonar (EP) é a principal causa de óbito em Pacientes hospitalizados. Ocorrem 200 mil novos casos por ano, geralmente de início súbito e levando ao óbito nas primeiras 2 horas, antes mesmo de a terapia ser iniciada ou surtir efeito1. A prevenção é, portanto, mais efetiva que o tratamento da doença já estabelecida.
Referências	1. JARDIM, D.L. *Protocolos assistencial de enfermagem de prevenção de tromboembolismo venoso em paciente cirúrgicos*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2015. 2. PAIVA, Rita A. et al . Protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso no Instituto Ivo Pitanguy: eficácia e segurança em 1.351 pacientes. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 3-9, Mar. 2013. 3. HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. *Protocolo de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso em Pacientes Internados do Hospital Sírio-Libanês*. 2010. 4. COLEGIO BRASILEIRO DE CIRURGIOES. Programa de Auto Avaliação em Cirurgia: Tromboembolismo venoso. Ano 2. Fascículo I. jul. 2002.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	11. Índice de contratos pactuados com as operadoras da modalidade de autogestão de acordo com a legislação vigente
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional com Convênios).
Conceito	Avalia a proporção de contratos pactuados vigentes pactuados de acordo com a legislação vigente com as operadoras as operadoras de planos de saúde de autogestão.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de contratos pactuados com as operadoras de plano de saúde privados na instituição de saúde no período / ∑ de operadoras de planos de saúde privados conveniados à instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Estima o índice de contratos pactuados entre o prestador de serviços de saúde com as operadoras de planos de saúde. Mostra a adequação do prestador no atendimento das normas preconizadas pela ANS relativas a repactuação e atualização de contratos, prevenindo multas para as operadoras de planos de saúde.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita no ato da visita.
Relevância	Adequação da rotina operacional do prestador de serviço de saúde para os ajustes legais e normas preconizadas pela ANS relativos a relação entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde.
Referências	1. UNIDAS. *Programa de Avaliação dos Serviços de Saúde UNIPLUS*. 3 ed. UNIDAS: Curitiba, 2013. 2. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	12. Índice de ocupação geral de residentes no hospital
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional).
Conceito	Avalia o percentual de internações de longa permanência institucional para hospitais e clínicas especializados em psiquiatria e geriatria.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de paciente-dia com internação ≥ 90 dias da instituição de saúde no período / ∑ de leitos-dia da instituição de saúde no período *100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. A taxa de ocupação hospitalar de residentes representa a proporção de pacientes internados em hospitais para atendimento de transtornos mentais ou geriátricos que permaneceram internados por um período superior a 90 dias. Quanto maior o percentual de residentes internados pior o resultado. Pode estar relacionado ao tipo de patologia do beneficiário, da faixa etária, ou pela dificuldade de resolutividade do prestador quanto às demandas dos pacientes, refletindo em aumento de custos com internações.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional, bem como a influência no tempo de permanência estão relacionados à idade, quanto mais idoso maior a chance de co-morbidades e complicações.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospitais especializados e clínicas com internação de curta duração ou Day Clinic de psiquiatria e geriatria.

Nome	13. Índice de profilaxia realizada para evento tromboembólico
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de trombose venosa e pulmonar, qualidade da assistência).
Conceito	Avalia a proporção de pacientes clínicos e cirúrgicos com indicação, uso e acompanhamento da terapêutica, conforme protocolo institucional na admissão da UTI, com protocolos de profilaxia para tromboembolismo implementado.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑de pacientes com profilaxia adequada para evento tromboembólico no setor no período / ∑ de pacientes internados sob risco tromboembólico no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com profilaxia adequada para evento tromboembólico na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes internados sob risco tromboembólico na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	O tromboembolismo venoso é o responsável por um grande número de complicações hospitalares, ocasionando aumento na média permanência hospitalar dos pacientes. As condições mais frequentes de tromboembolia venosa são a trombose venosa profunda e o tromboembolismo pulmonar, esta última representando a causa de morte evitável mais comum em pacientes hospitalizados. O termo tromboembolismo venoso (TEV) engloba duas condições frequentes, que são a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP), sendo esta a causa de morte evitável mais comum no paciente hospitalizado. A indicação de profilaxia se baseia na alta frequência destas complicações e no fato da maioria dos pacientes ser assintomática ou cursar com sintomas inespecíficos. Fatores de risco para TEV: Algumas doenças ou condições representam um risco adicional para o desenvolvimento de complicações tromboembólicas, tanto em pacientes clínicos quanto cirúrgicos: abortamento recorrente, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, anticoncepcional hormonal, câncer, cateter venoso central, doença inflamatória intestinal, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença reumatologia ativa, idade ≥ 55 anos, infarto agudo do miocárdio atual, infecção, insuficiência arterial periférica, insuficiência cardíaca classe funcional iii ou iv, insuficiência respiratória, internação em unidade de terapia intensiva, obesidade, paresia ou paralisia de membros inferiores, puerpério (até 4 semanas), quimioterapia, reposição hormonal, síndrome nefrítica, tabagismo, tev prévio, trombofilias (antecedente familiar de trombose), varizes / insuficiência venosa periférica.

Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de Fisioterapia. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Principais fatores de risco associados ao TEV intra-hospitalar: • mobilidade reduzida - 95%; • infecção ativa- 79%; • Idade ≥ 70 anos- 63%; • Escore de Pádua dos pacientes clínicos: média - 6,3 ± 1,7; mediana -7.
	1.JARDIM, D.L. *Protocolos assistencial de enfermagem de prevenção de tromboembolismo venoso em paciente cirúrgicos*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2015. 2. PAIVA, Rita A. et al . Protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso no Instituto Ivo Pitanguy: eficácia e segurança em 1.351 pacientes. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 3-9, Mar. 2013. 3. HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. *Protocolo de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso em Pacientes Internados do Hospital Sírio-Libanês*. 2010. 4. COLEGIO BRASILEIRO DE CIRURGIOES. Programa de Auto Avaliação em Cirurgia: Tromboembolismo venoso. Ano 2. Fascículo I. julho 2002.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	14. Índice de queda de pacientes
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de quedas).
Conceito	Avalia a taxa de queda de pacientes internados ou atendidos em unidades assistenciais. O índice de queda está relacionado a fraturas e traumatismos no ambiente hospitalar.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes com registro de queda no setor no período / ∑ de pacientes internados no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com registro de queda na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes internados na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
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. Implantação do Protocolo de prevenção de quedas com uso da Escala de Quedas de Morse.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Pronto Socorro; • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Berçário; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico; • Serviço de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.

Relevância	Essencial para segurança na assistência
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01 da Protocolo de Prevenção de Quedas.* Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_01_da_portaria_ms_n-_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_prevencao_de_quedas.pdf> 3. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP. 4. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem.* 2ª edição. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar, 2012. 5. PROQUALIS. *Aprimorando as práticas de saúde. Ficha técnica do Indicador: Índice de quedas.* Acesso em 23 mai. 2016. Disponível em <http://proqualis.net/indicadores/%C3%ADndice-de-quedas> 6. BARBOSA, P.; CARVALHO, L & CRUZ, S. *Ícone de Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização*. Editor: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* exceto hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	15. Média de permanência em UTI Geral/Adulto
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo médio em dias de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Geral ou de adultos, inclui Unidade coronariana.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor de UTI Geral/Adulto:** ∑ de pacientes-dia UTI Geral/Adulto no período / ∑ de transferências internas de saída + Saídas hospitalares (altas +óbitos + transferências externas) da UTI Geral/Adulto no período = dias
	(*) **Indicador do setor de UTI Coronariana:** ∑ de pacientes-dia UTI Coronariana no período / ∑ de transferências internas de saída + Saídas hospitalares (altas +óbitos + transferências externas) da UTI Coronariana no período = dias
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes-dia UTI Geral/Adulto + coronariana no período da instituição de saúde / ∑ de transferências internas de saída + Saídas hospitalares (altas +óbitos + transferências externas) da UTI Geral/Adulto + coronariana no período no período da instituição de saúde = dias
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avalia a tempo que em média um paciente permanece internado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do hospital. Está relacionado a boas práticas clínicas. 4 a 6 dias (4,9 dias ANAHP 2015) se UTI semi adulto média 5,8 dias.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema.
Referências	1. CQH. *Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH*. 2009. Edição: Ivomar Gomes Duarte. 1ª Edição. São Paulo/SP. Acesso em jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/3%20caderno%20de%20ind%20baixa-res%20(1).pdf> 2. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. *Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002*. Padronização da Nomenclatura do Censo

	Hospitalar. Brasília. 2002.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	16. Média de permanência em UTI pediátrica
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo médio em dias de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes-dia em UTI Pediátrica no período/ ∑ Transferências internas de saída + ∑ de saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) da UTI Pediátrica no período = dias
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avalia a tempo que em média um paciente permanece internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do hospital. Está relacionado a boas práticas clínicas. 6,6 dias (ANAHP, 2015). ≤ 7,4 dias até 9,9 dias (ANS).
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de UTI pediátrica no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional.
Referências	1. CQH. *Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH*. 2009. Edição: Ivomar Gomes Duarte. 1ª Edição. São Paulo/SP. Acesso em jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/3%20caderno%20de%20ind%20baixa-res%20(1).pdf> 2. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. *Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002.* Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	17. Média de permanência geral em maternidade
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo médio em dias que os pacientes internados para assistência ao parto permanecem na unidade de internação.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes-dia em Maternidade na instituição de saúde no período / ∑ de saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) em Maternidade na instituição de saúde no período = dias
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avalia a média de permanência do paciente em internação hospitalar de internação para atendimento obstétrico. 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	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Internação Individual no ato da visita; • Setor de Internação Coletiva no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional.
Referências	1. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Indicador de média permanência Hospitalar. 2013*. Acesso jan. 2016. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf> 2. CQH. *Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH*. 2009. Edição: Ivomar Gomes Duarte. 1ª Edição. São Paulo/SP. Acesso em jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/3%20caderno%20de%20ind%20baixa-res%20(1).pdf> 3. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. *Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002*. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* que realizem parto normal ou cesáreo.

Nome	18. Média de permanência geral em UTI neonatal
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo médio em dias de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes-dia em UTI Neonatal no período / ∑ de transferências internas de saída + ∑ de saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) da UTI Neonatal no período = dias
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avalia a tempo que em média um paciente permanece internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do hospital. Está relacionado a boas práticas clínicas. 13,4 a 30 dias ANAHP 2015. ≤ 7,4 dias até 31 dias (ANS).
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de UTI Neonatal no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	19. Média de permanência geral institucional
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo médio em dias de todos os pacientes internados no prestador de serviços de saúde, exceto psiquiatria.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes-dia geral da instituição de saúde no período/ ∑ de saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) geral da instituição de saúde no período = dias
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avalia a tempo que em média um paciente permanece internado no hospital. Está relacionado a boas práticas clínicas.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional. Influência no tempo de permanência estão relacionados à idade, quanto mais idoso maior a chance de co-morbidades e complicações.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. *Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002.* Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002. 3. CQH. *Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH*. 2009. Edição: Ivomar Gomes Duarte. 1ª Edição. São Paulo/SP. Acesso em jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/3%20caderno%20de%20ind%20baixa-res%20(1).pdf> 4. MOTTA CCR, HANSEL CG, SILVA J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. *Rev. Eletr. Enf*. [Internet]. 2010;12(3):471-7. Available from: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6865.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	20. Média de permanência para internação cirúrgica
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo médio em dias que os pacientes internados para assistência cirúrgica permanecem na unidade de internação.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com internação por motivos cirúrgicos na instituição de saúde no período / ∑ de transferências internas de saída + Saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) de internação por motivos cirúrgicos na instituição de saúde no período = dias
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avalia a média de permanência do paciente em internação hospitalar de internação para atendimento cirúrgico. 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	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Internação Individual no ato da visita; • Setor de Internação Coletiva no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional
Referências	1. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Indicador de média permanência Hospitalar*. 2013. Acesso jan 2016. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf> 2. CQH. *Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH*. 2009. Edição: Ivomar Gomes Duarte. 1ª Edição. São Paulo/SP. Acesso em jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/3%20caderno%20de%20ind%20baixa-res%20(1).pdf> 3. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. *Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002.* Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou

	especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	21. Média de permanência para internação clínica
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo médio em dias que os pacientes internados para assistência clínica permanecem na unidade de internação.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com internação por motivos clínicos na instituição de saúde no período / ∑ de transferências internas de saída + Saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) de internação por motivos clínicos na instituição de saúde no período = dias
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avalia a média de permanência do paciente em internação hospitalar de internação para atendimento clínico. 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	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Internação Individual no ato da visita; • Setor de Internação Coletiva no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional.
Referências	1. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Indicador de média permanência Hospitalar. 2013.* Acesso jan. 2016. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf> 2. CQH. *Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH*. 2009. Edição: Ivomar Gomes Duarte. 1ª Edição. São Paulo/SP. Acesso em jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/3%20caderno%20de%20ind%20baixa-res%20(1).pdf> 3. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. *Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002.* Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.
Data de Inclusão	2012
Categoria do	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou

Prestador	especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	22. Média de permanência para internação de pacientes com outros transtornos mentais
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo médio em dias de pacientes com transtornos mentais, exceto dependência química, atendidos em regime de internação.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes-dia internados por outros transtornos mentais na instituição de saúde no período / ∑ de transferências internas de saída + ∑de saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) do Hospital de Psiquiatria por outros transtornos mentais na instituição de saúde no período = dias
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avalia a média de permanência do pacientes com outros transtornos mentais em internação hospitalar. O aumento do tempo de permanência reduz o giro de leitos, aumentando o custo da internação e pode representar uma assistente diferente daquela preconizada pela política nacional de saúde mental.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Internação semi-privativa no ato da visita; • Setor de Internação Coletiva no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema.
Referências	1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria SNAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992. : Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental.* Publicação: Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168. Acesso em 25 jan. 2015. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7536>
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital e clínica com internação de curta duração ou *Day Clinic* especializada em psiquiatria.

Nome	23. Média de permanência para internação de pacientes que sofrem de dependência química
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo médio em dias de pacientes com transtornos mentais relacionados à dependência química atendidos em regime de internação.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes - dia internados por dependência química na instituição de saúde no período / ∑ de transferências internas de saída + ∑ Saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) do Hospital de Psiquiatria por dependência química na instituição de saúde no período = dias
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avalia a média de permanência do pacientes com dependência química em internação hospitalar. O aumento do tempo de permanência reduz o giro de leitos, aumentando o custo da internação e pode representar uma assistente diferente daquela preconizada pela política nacional de saúde mental.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Internação semi-privativa no ato da visita; • Setor de Internação Coletiva no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema
Referências	1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria SNAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992. : Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental.* Publicação: Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168. Acesso em 25 jan. 2015. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7536>
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital especializado e clínica com internação de curta duração ou *Day Clinic* especializadas em psiquiatria.

Nome	24. Média permanência de pacientes atendidos em regime de hospital dia em psiquiatria
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo médio em dias de pacientes com transtornos mentais atendidos em regime de hospital dia.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes-dia atendidos em hospital dia em psiquiatria no período/ ∑ de transferências internas de saída + ∑ de saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) do Hospital dia de Psiquiatria no período = dias
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avalia a média de permanência do paciente com transtornos mentais em internação hospitalar em regime ambulatorial. O aumento do tempo de permanência reduz o giro de leitos, aumentando o custo da internação e pode representar uma assistente diferente daquela preconizada pela política nacional de saúde mental.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de atendimento ambulatorial no ato da visita; • Setor de Internação semi-privativa no ato da visita; • Setor de Internação Coletiva no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema.
Referências	1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria SNAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992. : Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental.* Publicação: Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168. Acesso em 25 jan. 2015. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7536>
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital especializado e clínica com internação de curta duração ou *Day Clinic* especializada em psiquiatria.

Nome	25. Proporção de enfermeiros por leito
Domínio	EFETIVIDADE (Recursos Humanos).
Conceito	Mensura a disponibilidade de trabalho de enfermeiro e a proporcionalidade para cada 100 leitos, nos serviços de saúde.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de enfermeiros no setor / ∑ de leitos do setor * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de enfermeiros na instituição de saúde / ∑ de leitos da instituição de saúde * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. O enfermeiro é o profissional que coordena e gerencia todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente e tudo o que o envolve no contexto da instituição hospitalar. O paciente e suas especificidades, suas necessidades, sua alta ou recuperação, constituem a principal razão da assistência de enfermagem, a qual deve, portanto, ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do paciente e seus familiares.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Pronto Socorro; • Setor de atendimento ambulatorial (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação Individual ; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de Internação semi-privativa (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Berçário; • Setor de Queimados; • Setor de Transplantes; • Setor de Neurocirurgia; • Setor de Cirurgia Cardíaca. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.

Relevância	Essencial para assistência.
Referências	1. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa - RN Nº 405, de 9 de maio de 2016.* Fichas Técnicas dos indicadores do PM-QUALISS. Acesso em 15 mai. 2016. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Fichas_Indicadores_QUALISS.pdf> 2. GARCIA, P.C.; FUGULIN, F.M.T. Tempo de assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 20, n. 4, p. 651-658, Aug.* 2012. 3. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem*. Acesso em 04 abr. 2016. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-ineditatraca-perfil-da-enfermagem_31258.html> 4. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, de 21 de setembro de 2004. *Resolução 293*. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. 5. BARBOSA, L.R. & MELO, M.R.A.C. (2008). Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 366-370.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	26. Proporção de ordens de serviço atendidas por setor do hospital
Domínio	EFICÁCIA (Manutenção predial e equipamentos médico-hospitalares).
Conceito	Avalia a proporção de ordens de serviços abertas no setor de manutenção por solicitação de cada setor do prestador de serviços de saúde, de acordo com a quantidade de ordens de serviços atendidas pelo setor de manutenção do prestador.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de ordens de serviços atendidas no setor de manutenção na instituição de saúde no período / ∑ de solicitações de ordens de serviço solicitadas pelos setores ao setor de manutenção da instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Este indicador mostra a demanda de serviço de cada setor do hospital ao setor de manutenção e como está sendo realizada a gestão para atendimento do cliente interno, principalmente quanto às demandas de equipamentos e instalações prediais para a manutenção preventiva e corretiva, objetivando garantir a assistência ao paciente.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Manutenção no ato da visita.
Relevância	Eficiência na gestão das demandas do cliente interno com ênfase na equipe assistencial.
Referências	1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - *RDC Nº. 63 de 25 de novembro de 2011.* Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em 23 mar 2015. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES> 2. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada. RDC Nº 2, de 25 de janeiro de 2010.* Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Acesso em 23 mar. 2015. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html>
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	27. Taxa de absenteísmo
Domínio	EFETIVIDADE (Recursos Humanos).
Conceito	Avalia a força de trabalho contratada que não presente por faltas (justificadas ou injustificadas), atrasos, licenças curtas ou prolongadas (acima de 15 dias).
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de colaboradores do prestador de serviços de saúde no período / ∑ de dias em faltas de funcionários (justificadas ou injustificadas), atrasos, licenças curtas ou prolongadas (acima de 15 dias) no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS..
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. O absenteísmo significa que a força de trabalho contratada não está presente por faltas (justificadas ou injustificadas), atrasos, licenças curtas ou prolongadas - acima de 15 dias. Quanto maior a taxa de absenteísmo pior a saúde dos colaboradores refletem negativamente nos resultados na qualidade da assistência, na satisfação dos clientes ou no desempenho financeiro.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração - Setor de Recursos Humanos, no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência e saúde dos colaboradores.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	28. Taxa de acolhimento com classificação de risco
Domínio	ACESSO (do paciente).
Conceito	Avalia a implantação da estratificação de risco nos atendimentos em caráter de urgência e emergência na unidade de pronto atendimento.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes admitidos no setor de Pronto Atendimento com classificação de risco no período / ∑ de pacientes admitidos no setor de Pronto Atendimento no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde (serviços de psiquiatria):** ∑ de pacientes admitidos no setor de setor de atendimento ambulatorial com classificação de risco no período / ∑ de pacientes admitidos no setor de atendimento ambulatorial no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avaliar a utilização de classificação de risco nas portas de urgência e emergência. Priorização segundo risco de vida e sofrimento.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de atendimento ambulatorial (para instituições especializadas em psiquiatria). (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Segurança na urgência e emergência. O pressuposto é que todos os pacientes atendidos na urgência e emergência sejam registrados no sistema e todos passem pela triagem com classificação de risco. Caso os hospitais trabalhem com rotinas diferenciadas deverão anexar relatório detalhado com a forma de organização utilizada.
Referências	1. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. ANS. BRASIL. *Acolhimento e classificação de risco*. v1 01. nov. 2012. Acesso em jan. 2015. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-01.pdf>
Data de Inclusão	2012

Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	29. Taxa de adesão à lista de verificação com padrões 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 check list de cirurgia segura da OMS, com monitoramento de aderência aos quesitos propostos.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de cirurgias com lista de verificação com padrões de cirurgia segura no setor no período / ∑ de cirurgias realizadas no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de cirurgias com lista de verificação com padrões de cirurgia segura realizadas na instituição de saúde no período / ∑ de cirurgias realizadas na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
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 - check-list diminui as taxas de complicações, reoperações, reduz a taxa de infecção de sítio cirúrgico e a mortalidade cirúrgica.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor ou serviço:** • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS; • Setor de Administração.
Relevância	*Segurança* nos procedimentos cirúrgicos eletivos
Referências	1. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)*. Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211 p. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 03 da Portaria MS nº 2.095 (24/09/2013) - Protocolo para Cirurgia Segura.* Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_03_da_portaria_ms_n-_2.095_(24-09-2013)_-_protocolo_para_cirurgia_segura-.pdf. 3. 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. 40 p.: il.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*, exceto para hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	30. Taxa de avaliação da limpeza e desinfecção terminal com métodos microbiológicos em conformidade
Domínio	EFICÁCIA (Prevenção Infecção- limpeza e desinfeção de móveis e equipamentos hospitalares).
Conceito	Avalia o processo em conformidade da limpeza terminal, com uso método microbiológico, para à detecção, contagem e caracterização de microorganismos que detectam resíduos de matéria orgânica (detritos alimentares, micro-organismos) oriundos de uma limpeza deficiente, e os resultados são obtidos em tempo real, indicando se a superfície está limpa ou não. EX: método de ATP bioluminescência. Utilizada em pacientes portadores de microorganismos multirresistentes.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de testes microbiológicos realizados após a limpeza terminal em conformidade no setor no período / ∑ de testes microbiológicos de limpeza terminal realizadas no setor no período * 100 = %
	(*) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de testes microbiológicos realizados após a limpeza terminal em conformidade na instituição de saúde no período / ∑ de testes microbiológicos de limpeza terminal realizadas na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o índice do indicador, melhor. As infecções relacionadas à assistência à saúde são as complicações mais comuns a acometerem pacientes hospitalizados. O controle da disseminação de microrganismos de importância epidemiológica é um componente importante para a segurança do paciente. Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada). As programadas devem ser realizadas no período máximo de 15 dias quando em áreas críticas (YAMAUSHI et al., 2000; PREFEITURA, 2007). Em áreas semicríticas e não críticas o período máximo é de 30 dias.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico; • Setor de Hemodiálise; • Setor de Quimioterapia; • Setor de Hemodinâmica; • Setor de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia;

	• Serviço de Cirurgia Cardíaca; • Setor de Limpeza.
Relevância	Essencial para assistência e prevenção de infecção hospitalar.
Referências	1.BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2010. 116 p. 2. JERICÓ, M.C., PERROCA, M,G, & PENHA, V.C.. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Artigo Original 19(5):[08 telas] set.-out. 2011. 3. SANTOS, N.D.V. et. al. Avaliação da limpeza terminal em uma unidade para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes. *Rev HCPA* 2013;33(1). 4. OLIVEIRA, T. & CANETTIER, A.C.V. Eficiência dos métodos microbiológicos e de ATP-bioluminescência na detecção da contaminação de diferentes superfícies. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*. 2010; 69(4):467-74.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	31. Taxa de avaliação da qualidade bacteriológica da água hospitalar
Domínio	EFICÁCIA (Prevenção Infecção).
Conceito	Avalia as condições sanitárias da água utilizada para o processamento de roupas no serviço de lavanderia hospitalar, conforme normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** Indicador avaliado mediante evidências de relatórios e provas documentais da instituição de saúde no período.
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	O fornecimento da água de boa qualidade livre de contaminação é essencial para várias operações no ambiente hospitalar. Além de ser necessária à vida, é utilizada para procedimentos de limpeza, desinfecção, esterilização, preparo de alimentos e hemodiálise, sendo que os requisitos de pureza variam de acordo com o tipo de uso. A água pode conter organismos nocivos à saúde humana, como as bactérias, endotoxinas bacterianas, certos tipos de algas além de contaminação química. Assim É necessário que procedimentos relativos ao tratamento da água sejam feitos, tais como conservação e limpeza de reservatórios, esterilização e desinfecção. O tratamento da água consiste em melhorar suas características organoléticas (propriedade das substâncias impressionarem os sentidos), físicas, químicas e bacteriológicas, a fim de que se torne adequada ao consumo.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Lavanderia Hospitalar no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita.
Relevância	Garantir a qualidade da água em serviços de saúde é essencial para proteger a saúde da população atendida, principalmente quando essa água é diretamente utilizada no processo terapêutico.
Referências	1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. PORTARIA Nº 2.914, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Acesso em 21 jan. 2016. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html> 2. SANTA CASA de MISERICÓRIDA DE GOIÂNIA. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Rotina da qualidade da água. Goiânia: CCIH, 2011. Acesso em 21 jan. 2016. Disponível em <http://www.santacasago.org.br/rotinas/ccih_rotina_de_controle_da_qualidade_da_agua.pdf> 3. MARCHETI1R, R.G.A. & CALDAS, E.D. Avaliação da qualidade microbiológica da água de consumo humano e de hemodiálise no Distrito Federal em 2009 e 2010. Com. Ciências Saúde. 2011; 22(1):33-40.

Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	32. Taxa de avaliação dos artigos médico-hospitalares preparados e acondicionados em conformidade
Domínio	EFICÁCIA (Prevenção Infecção - CME).
Conceito	Avalia as falhas no processo de preparo e acondicionamento de artigos médico-hospitalares, por meio da inspeção visual, realizadas na Central de Material e Esterilização - CME.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de artigos médico-hospitalares preparados e acondicionados em conformidade na instituição de saúde no período / ∑ de artigos médico-hospitalares preparados e acondicionados aplicáveis na CME sob avaliação na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Espera-se que todos os artigos médico-hospitalares sejam preparados e acondicionados em conformidade. Apesar de, em alguns componentes, a avaliação ensejar a inspeção ou observação de mais de uma unidade de processo de produção, a definição de uma amostra representativa do volume total não é viável ou necessária. A avaliação durante certo período permite subentender a ocorrência de um mesmo modo de produção do componente sob avaliação. O preparo e o acondicionamento dos artigos críticos na CME requer equipamentos, insumos e ações que garantam este processo. A polêmica questão do prazo de validade de esterilidade dos materiais está diretamente atrelada à qualidade das embalagens utilizadas, condições do armazenamento e mínimo manuseio.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Central de Material Esterilizado no ato da visita.
Relevância	Mede a qualidade e efetividade da Central de Material, contribuindo na prevenção de infecções.
Referências	1. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Divisão De Infecção Hospitalar. Centro De Vigilância Epidemiológica. *Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar*. Projeto de parceria multiprofissional e multi-institucional de política pública de saúde na área de controle de infecção hospitalar. São Paulo: 2006. 237 p.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	33. Taxa de avaliação nutricional nas primeiras 24 horas de internação
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia a triagem nutricional pelo nutricionista no primeiro dia de hospitalização do paciente.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com avaliação nutricional nas primeiras 24 horas na instituição de saúde no período / ∑ de internações na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto mais alto o índice melhor
Fonte de Dados	(**) **Indicador da instituição de saúde:** • Serviço de Nutrição e Dietética.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. 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. 2. VEROTI. C.C.G. *Contribuição para seleção de Indicadores de Qualidade em terapia nutricional*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina: São Paulo, 2012. 3. WAITZBERG. D. *Indicadores de qualidade em terapia nutricional*. 1 Ed. Editora: Ilsi. 2008.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	34. Taxa de consumo de preparação alcoólica para as mãos
Domínio	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções).
Conceito	Avalia o consumo de preparação alcóolica da equipe de saúde no processo de higienização das mãos, contribuindo para a prevenção de infecção hospitalar, monitorado pela CCIH.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ do consumo de preparação alcoólica líquida ou gel (ml) na instituição de saúde no período/ ∑ de paciente / dia na instituição de saúde = ml
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Monitorar os indicadores previstos no Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, publicado pelo Ministério da Saúde em 09/07/2013. Indicador diretamente relacionado ao controle de infecção hospitalar
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • CCIH no ato da visita.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01. Protocolo para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde*. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <http://www.sindhoesg.org.br/sindhoesg/segurancaesaude.php?ssc=0&id=686&pg=0> 2. 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. 40 p.: il. 3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Avaliação do consumo de preparação alcoólica / sabonete liquida para higiene das mãos em serviços de saúde*. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES. Acesso em jan. 2016. Disponível em <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=12905>
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	35. Taxa de consumo de sabonete líquido associado ou não a antisséptico
Domínio	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções).
Conceito	Monitora o consumo de sabonete da equipe de saúde no processo de higienização das mãos, contribuindo para a prevenção de infecção hospitalar. Monitorado pela CCIH.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ do consumo de sabonete líquido (ml) na unidade no período / ∑ de paciente/ dia na instituição de saúde no período = ml
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Monitorar os indicadores previstos no Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, publicado pelo Ministério da Saúde em 09/07/2013. Indicador diretamente relacionado ao controle de infecção hospitalar.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • CCIH no ato da visita.
Relevância	Essencial para segurança na assistência
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01 Protocolo para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde.* Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <http://www.sindhoesg.org.br/sindhoesg/segurancaesaude.php?ssc=0&id=686&pg=0> 3. BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS/ Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES/ *Avaliação do consumo de preparação alcoólica / sabonete liquido para higiene das mãos em serviços de saúde*. Acesso em jan. 2016. Disponível em <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=12905>
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	36. Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Geral/Adulto
Domínio	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções).
Conceito	Evidencia a taxa de densidade de incidência de infecção associada à utilização de CVC, por 1000 cateteres-dia, na UTI Geral. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a infecção.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de infecções hospitalares associadas a Cateter Vascular Central em UTI Geral/Adulto + Coronariana no período / ∑ de cateter-dia UTI Geral/Adulto + Coronariana no período * 1000 = converter resultado para %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior a taxa de densidade de incidência maior o risco de complicações na UTI. A implantação de *bundles* e a rigorosa indicação de utilização de cateter são procedimentos que reduzem as taxas de densidade de incidência. Avaliação dos processos de atenção nas unidades de terapia intensiva Evidenciar a divulgação rotineira dos dados, discussão com equipe clinica, treinamento e capacitação, Implantação de *bundles* e avaliação da aderência. • SES-SP (2010) - 5,07pdcat-dia. • ANAHP (2014) 3,5/1000 cat-dia em UTI GERAL SE UTI SEMI INTENSIVA. 2,9/1000 cat-dia - assinalar sim se o indicador for <5%. • BRASIL. ANVISA (2011) Laboratorial 6,2/1000 cat-dia. • BRASIL. ANVISA (2011) Clínica 2,3/1000 cat-dia.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de UTI Geral ou Adulto no ato da visita; • Setor de UTI Coronariana no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Instrução Normativa N° 4, de 24 de fevereiro de 2010.* Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva. Acesso em 23 jan. 2016. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/int0004_24_02_2010.html> 3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde.* Setembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Acesso em 23 fev. 2012. Disponível em:

	<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1ff4120047457e9b8a6ede3fbc4c6735/INDICADORES+NACIONAIS+DE+INFEC%C3%87%C3%83O+-+Setembro+2010+-+NOVO.pdf?MOD=AJPERES> 4. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Ano II, nº 04, fevereiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso jan. 2016. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/72f03e004b2028b0a4c5afa337abae9d/Seguran%C3%A7a+e+qualidade+em+servi%C3%A7os+e+sa%C3%BAde+n4+1+coluna+corrigido.pdf?MOD=AJPERES> 5. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* exceto para hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	37. Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Pediátrica
Domínio	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções).
Conceito	Evidencia a taxa de densidade de incidência de infecção associada à utilização de CVC, por 1000 cateteres-dia, na UTI Pediátrica. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a infecção.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central em UTI Pediátrica / ∑ de cateter-dia em UTI Pediátrica * 1000 = Converter o resultado para %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior a taxa de densidade de incidência maior o risco de complicações na UTI. A implantação de *bundles* e a rigorosa indicação de utilização de cateter são procedimentos que reduzem as taxas de densidade de incidência. Necessária rigorosa padronização na definição de Infecção hospitalar; Diretamente relacionada à Taxa de utilização de cateter - Análise deve levar em conta o grau de utilização de cateter para comparar as taxas nas UTIs. 4,8 pdcat-dia ANAHP 2014. SES-SP (2010) - 6,8pdcat-dia. BRASIL - ANVISA (2011) Laboratorial 8,0/1000 cat-dia. BRASIL - ANVISA (2011) Clínica 2,9/1000 cat-dia.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de UTI Pediátrica no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Instrução Normativa Nº 4, de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Acesso em 23 jan. 2016. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/int0004_24_02_2010.html> 3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde*. Setembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Acesso em 23 fev. 2012. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1ff4120047457e9b8a6ede3fbc4c6735/INDICADORES+NACIONAIS+DE+INFEC%C3%87%C3%83O+-+Setembro+2010+-+NOVO.pdf?MOD=AJPERES>

	4. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.* Ano II, nº 04, fevereiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em jan. 2016. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/72f03e004b2028b0a4c5afa337abae9d/Seguran%C3%A7a+e+qualidade+em+servi%C3%A7os+e+sa%C3%BAde+n4+1+coluna+corrigido.pdf?MOD=AJPERES> 5. 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.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* exceto para hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	38. Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Neonatal
Domínio	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções).
Conceito	Evidencia a taxa de densidade de incidência de infecção associada à utilização de CVC, por 1000 cateteres-dia, na UTI Neonatal. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a infecção.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central em UTI Neonatal no período / ∑ de cateter-dia em UTI Neonatal no período * 1000 = Converter o resultado para %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior a taxa de densidade de incidência maior o risco de complicações na UTI. A implantação de *bundles* e a rigorosa indicação de utilização de cateter são procedimentos que reduzem as taxas de densidade de incidência. Necessária rigorosa padronização na definição de Infecção hospitalar; Diretamente relacionada à Taxa de utilização de cateter - Análise deve levar em conta o grau de utilização de cateter para comparar as taxas nas UTIs. ANAHP (2011) 6,7/1000 cat-dia. BRASIL - ANVISA (2011) Laboratorial 9,7/1000 cat-dia. BRASIL - ANVISA (2011) Clínica 11,3/1000 cat-dia.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de UTI Neonatal no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Ano II, nº 04, fevereiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em jan. 2016. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/72f03e004b2028b0a4c5afa337abae9d/Seguran%C3%A7a+e+qualidade+em+servi%C3%A7os+e+sa%C3%BAde+n4+1+coluna+corrigido.pdf?MOD=AJPERES> 3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde*. Setembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Acesso em 23 fev. 2012. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1ff4120047457e9b8a6ede3fbc4c6735/INDICADORES+NACIONAIS+DE+INFEC%C3%87%C3%83O+-+Setembro+2010+-+NOVO.pdf?MOD=AJPERES>

	4. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Ano II, nº 04, fevereiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em jan. 2016. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/72f03e004b2028b0a4c5afa337abae9d/Seguran%C3%A7a+e+qualidade+em+servi%C3%A7os+e+sa%C3%BAde+n4+1+coluna+corrigido.pdf?MOD=AJPERES> 5. 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.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	39. Taxa de erros de prescrição com notificação ao núcleo de segurança do paciente - 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	(*) **Indicador do setor:** ∑ de prescrições atendidas com erro de prescrição no setor notificadas ao núcleo de segurança do paciente - NSP no período / ∑ de prescrições atendidas no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da Instituição de saúde:** ∑ de prescrições atendidas com erro de prescrição na instituição de saúde notificadas ao núcleo de segurança do paciente – NSP no período / ∑ de prescrições atendidas na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menos 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 praticas clínicas estabelecidas e aceitas. Observar a taxa de erros de prescrição. Quanto mais baixa melhor.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Pronto Socorro; • Setor de atendimento ambulatorial (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação semi-privativa (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Berçário; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico; • Setor de Hemodiálise;

	• Setor de Quimioterapia; • Unidade Transfusional; • Setor de Hemodinâmica; • Serviço de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. **(**) Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração; • CCIH; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
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	1. 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. 40 p.: il. 2. 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. 3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS nº 2.095 de 24.09.2013: Anexo 03. Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos*. Acesso em 21 jan. 2016. Disponível em file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_03_da_portaria_ms_n-_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_seguranca_na_prescricao-_uso_e_administracao_de_medicamentos.pdf
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	40. Taxa de erros na administração de medicação com notificação ao núcleo de segurança do paciente - 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 multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de medicamentos administrados no setor com erro no período / ∑ de medicamentos administrados no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de medicamentos administrados com erro na instituição de saúde no período / ∑ de medicamentos administrados na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
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: A taxa de erros de administração identifica nove certos para 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	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Pronto Socorro; • Setor de atendimento ambulatorial (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação semi-privativa (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal;

	• Setor de Berçário; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico; • Setor de Hemodiálise; • Setor de Quimioterapia; • Setor de Hemodinâmica; • Serviço de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. **(**) Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência, com monitoramento dos erros de administração de medicação pela equipe assistencial que podem refletir em maior tempo de internação ou lesão para o paciente.
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. 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. 3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS nº 2.095 de 24.09.2013: Anexo 03. Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos*. Acesso em 21 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_03_da_portaria_ms_n-_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_seguranca_na_prescricao-_uso_e_administracao_de_medicamentos.pdf>
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	**41. Taxa de erros na dispensação de medicamentos com notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente - 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	(*) **Indicador do setor:** ∑ de medicamentos dispensados com erro no setor e notificados ao núcleo de segurança do paciente – NSP no período / ∑ de medicamentos dispensados no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de medicamentos dispensados com erro na instituição de saúde e notificados ao núcleo de segurança do paciente – NSP no período no período / ∑ de medicamentos dispensados na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
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, inclui 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 estabelecido pelos órgãos regulatórios ou normas que afetam a dispensação. As taxas de erros de dispensação são muito distintas com diferenças estão 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	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Farmácia. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH. • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
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	1. 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. 40 p.: il. 2. 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. 3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS nº 2.095 de 24.09.2013: Anexo 03. Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos*. Acesso em 21 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_03_da_portaria_ms_n-_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_seguranca_na_prescricao-_uso_e_administracao_de_medicamentos.pdf>
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	42. Taxa de eventos adversos devido a falhas na 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	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes com eventos adversos por falha na identificação do paciente no período / ∑ de pacientes atendidos no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com eventos adversos por falha na identificação do paciente no período / ∑ de pacientes atendidos na instituição de saúde no período *100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor a taxa de erros, melhor. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado (tipo de procedimento ou tratamento), prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar a pessoa para a qual se destina. 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	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Pronto Socorro; • Setor de atendimento ambulatorial (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação semi-privativa (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Berçário; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico; • Setor de Hemodiálise; • Setor de Quimioterapia; • Setor de Radioterapia; • Unidade Transfusional; • Setor de Hemodinâmica;

	• Setor de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca; • Setor de Administração. **(**) Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 02 da Portaria MS nº 2.095 de 24.09.2013: Protocolo de Identificação do Paciente*. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <http://www.sindhoesg.org.br/sindhoesg/segurancaesaude.php?ssc=0&id=712&pg=0> 2. 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. 40 p.: il.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	43. Taxa de exames e procedimentos de acordo com a capacidade instalada
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional).
Conceito	Avalia a utilização de exames e procedimentos ambulatoriais realizados pelo prestador comparado a capacidade institucional.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de exames ou procedimentos no setor ou serviço no período / Capacidade de atendimento de exames ou procedimentos no setor ou serviço no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. A taxa de exames e procedimentos de serviços de apoio diagnóstico e terapias está diretamente relacionada a capacidade instalada e os SADT ofertadas pelo prestador de serviços de saúde. Quanto menor a taxa de SADT realizados, maior a possibilidade de solicitações de revisão de valores pelo prestador de serviços pelo consequente aumento de custos por exame. Se a taxa de SADT estiver no limite de 100%, representa que a capacidade instalada é insuficiente para as demandas das operadoras de planos de saúde para atendimentos aos seus usuários.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Hemodiálise • Setor de Quimioterapia • Setor de Radioterapia • Setor de Hemodinâmica • Serviço de Radiologia • Serviço de Ultrassonografia • Serviço de Tomografia • Serviço de Cintilografia • Serviço de Laboratório de Análises Clínicas • Serviço de Fisioterapia
Relevância	Eficiência na gestão operacional e oferta de serviços para o sistema.
Referências	1. UNIDAS. *Programa de Avaliação dos Serviços de Saúde UNIPLUS*. 3 ed. UNIDAS: Curitiba, 2013. 2. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	44. Taxa de falhas na conservação de embalagens de artigos médico-hospitalares
Domínio	EFICÁCIA (Prevenção Infecção - CME).
Conceito	Avalia as falhas no processo de armazenamento e conservação de embalagens de artigos médico-hospitalares, por meio da inspeção visual, realizadas na Central de Material e Esterilização. CME - Inclui prazos de validade dos produtos esterilizados.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de embalagens de artigos médico-hospitalares esterilizados com falhas de conservação na instituição de saúde no período / ∑ de embalagens de artigos médico-hospitalares inspecionadas na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Espera-se não haja falhas na conservação de embalagens de artigos médico-hospitalares. Apesar de, em alguns componentes, a avaliação ensejar a inspeção ou observação de mais de uma unidade de processo de produção, a definição de uma amostra representativa do volume total não é viável ou necessária. A avaliação durante certo período permite subentender a ocorrência de um mesmo modo de produção do componente sob avaliação. O prazo de validade de esterilidade pode estar comprometido se a embalagem for "agredida" durante o seu período de armazenamento. É um novo paradigma na área de esterilização onde não é o fator tempo a variável mais importante quando se discute o prazo de validade de esterilidade dos materiais. A qualidade da embalagem e da selagem associado com pouco manuseio do material para não comprometer a integridade da embalagem, são os fundamentos do prazo de validade de esterilidade indefinido.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Central de Material Esterilizado no ato da visita.
Relevância	Mede a qualidade e efetividade da Central de Material, contribuindo na prevenção de infecções.
Referências	1. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Divisão De Infecção Hospitalar. Centro De Vigilância Epidemiológica. *Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar*. Projeto de parceria multiprofissional e multi-institucional de política pública de saúde na área de controle de infecção hospitalar. São Paulo: 2006. 237 p.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	45. Taxa de falhas nas condições de limpeza de artigos médico-hospitalares
Domínio	EFICÁCIA (Prevenção Infecção - CME).
Conceito	Avalia as falhas no processo de limpeza de artigos médico-hospitalares, por meio da inspeção visual, realizadas na Central de Material e Esterilização - CME.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de falhas nas condições de limpeza de artigos médico-hospitalares no período / ∑ de artigos médico-hospitalares avaliados quanto às condições de limpeza na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Espera-se que não haja falhas nas condições de limpeza de artigos médico-hospitalares. Artigos de difícil limpeza, após terem sido submetidos ao processo de limpeza. São considerados artigos de difícil limpeza aqueles complexos, ou seja, que contêm lumens (< 0,5 cm e com comprimento > 30 cm), articulações e encaixes. Detecção de qualquer tipo de sujidade nos artigos, sob testes de inspeção visual com lupa. Em materiais canulados, realizar teste com jato de água sobe pressão observando saída de sujidade ou água com resíduo de sangue.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Central de Material Esterilizado no ato da visita.
Relevância	Mede a qualidade e efetividade da Central de Material, contribuindo na prevenção de infecções.
Referências	1. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Divisão De Infecção Hospitalar. Centro De Vigilância Epidemiológica. *Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar*. Projeto de parceria multiprofissional e multi-institucional de política pública de saúde na área de controle de infecção hospitalar. São Paulo: 2006. 237 p.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	46. Taxa de falhas no processo de selagem de artigos médico-hospitalares
Domínio	EFICÁCIA (Prevenção Infecção - CME).
Conceito	Avalia as falhas no processo de selagem de embalagens de artigos médico-hospitalares, por meio da inspeção visual, realizadas na Central de Material e Esterilização - CME.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de falhas no processo de selagem de artigos médico-hospitalares na instituição de saúde no período / ∑ de artigos médico-hospitalares inspecionados na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Espera-se que não hajam falhas no processo de selagem de artigos médico-hospitalares. Apesar de, em alguns componentes, a avaliação ensejar a inspeção ou observação de mais de uma unidade de processo de produção, a definição de uma amostra representativa do volume total não é viável ou necessária. A avaliação durante certo período permite subentender a ocorrência de um mesmo modo de produção do componente sob avaliação. A segurança para manter-se hermética, durante o tempo de armazenamento, deve ser assegurada por meio da selagem dentro dos padrões recomendados. Este detalhe também é fundamental para nortear o prazo de validade de esterilidade dos materiais.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Central de Material Esterilizado no ato da visita.
Relevância	Mede a qualidade e efetividade da Central de Material, contribuindo na prevenção de infecções.
Referências	1. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Divisão De Infecção Hospitalar. Centro De Vigilância Epidemiológica. *Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar*. Projeto de parceria multiprofissional e multi-institucional de política pública de saúde na área de controle de infecção hospitalar. São Paulo: 2006. 237 p.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	47. Taxa de guias eletrônicas de cobrança no Padrão TISS vigente na ANS
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional com Convênios).
Conceito	Avalia a proporção de guia TISS de cobrança em meio eletrônico de acordo com a quantidade de guias TISS enviadas para cobrança para as operadoras de planos de saúde.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ das guias eletrônicas de cobradas no padrão TISS na instituição de saúde no período / ∑ de guias de convênio privado cobradas na instituição de saúde no período *100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Avalia a conformidade do relacionamento prestador de serviço de saúde com as operadoras de planos de saúde. Representa a quantidade de guias TISS eletrônicas cobradas pelo prestador de serviços de saúde na versão vigente publicada pela ANS.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita, seção de faturamento de contas médico assistenciais, no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Adequação da rotina operacional do prestador de serviço de saúde para cobrança da atenção à saúde prestada aos beneficiários da Operadora.
Referências	1. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Fichas Técnicas e Nota técnica nº 34/DIDES - Indicadores do Fator de Qualidade.* Acesso em 18 dez. 2015. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/indicadores-e-nota.pdf>
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	48. Taxa de infecção de pneumonia associada à ventilação hospitalar em UTI Geral
Domínio	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções).
Conceito	Evidencia a taxa de pneumonia associada à utilização de ventilação artificial, na UTI Geral.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de infecção hospitalar associada ao uso do ventilador em UTI Geral ou Adulto no período / ∑ de pacientes de UTI Geral ou Adulto com uso de respirador no período * 1000 = Converter o resultado para %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de infecção hospitalar associada ao uso do ventilador em UTI Geral ou Adulto + UTI Coronariana no período / ∑ de pacientes de UTI Geral ou Adulto + UTI Coronariana com uso de respirador no período * 1000 = Converter o resultado para %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor a Taxa de infecção de pneumonia associada à ventilação hospitalar em UTI Geral, melhor. A falta de padronização de conduta tem contribuído para aumentar a letalidade de pacientes com infecção por uso do respirador. O tratamento inadequado determina maior risco de evolução para Sepse, síndrome clínica grave com altas taxas de letalidade. Crianças portadoras de doenças respiratórias de base, como asma e bronquite asmática; e idosos são grupos de risco para Pneumonia Adquirida na Comunidade. No paciente maiores de 60 anos, representa causa importante de morte. Há variação sazonal da ocorrência, especialmente nas crianças. O período de maior incidência são os meses de inverno.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01 Protocolo para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde.* Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <http://www.sindhoesg.org.br/sindhoesg/segurancaesaude.php?ssc=0&id=686

	&pg=0> 3. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 4. 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.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	49. Taxa de infecção de pneumonia associada à ventilação hospitalar em UTI pediátrica
Domínio	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções).
Conceito	Evidencia a taxa de pneumonia associada à utilização de ventilação, na UTI Pediátrica.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de infecção hospitalar associada ao uso do ventilador em UTI Pediátrica no período / ∑ de pacientes de UTI Pediátrica com uso de respirador no período * 1000 = Converter o resultado para %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	A falta de padronização de conduta tem contribuído para aumentar a letalidade de pacientes com infecção por uso do respirador. O tratamento inadequado determina maior risco de evolução para Sepse, síndrome clínica grave com altas taxas de letalidade. Crianças portadoras de doenças respiratórias de base, como asma e bronquite asmática; e idosos são grupos de risco para Pneumonia Adquirida na Comunidade. No paciente maiores de 60 anos, representa causa importante de morte. Há variação sazonal da ocorrência, especialmente nas crianças. O período de maior incidência são os meses de inverno.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de UTI Pediátrica no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. 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. 3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01. Protocolo para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde.* Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <http://www.sindhoesg.org.br/sindhoesg/segurancaesaude.php?ssc=0&id=686&pg=0>
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou

	especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	50. Taxa de infecção de pneumonia associada à ventilação hospitalar em UTI Neonatal
Domínio	SEGURANÇA (Higienização das mãos e prevenção infecções).
Conceito	Evidencia a taxa de pneumonia associada à utilização de ventilação, na UTI Neonatal.
Método de Cálculo	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** ∑ de infecção hospitalar associada ao uso do ventilador em UTI Neonatal no período / ∑ de pacientes de UTI Neonatal com uso de respirador no período * 1000 = Converter o resultado para %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	A falta de padronização de conduta tem contribuído para aumentar a letalidade de pacientes com infecção por uso do respirador. O tratamento inadequado determina maior risco de evolução para Sepse, síndrome clínica grave com altas taxas de letalidade. Crianças portadoras de doenças respiratórias de base, como asma e bronquite asmática e idosos são grupos de risco para Pneumonia Adquirida na Comunidade. No paciente maiores de 60 anos, representa causa importante de morte. Há variação sazonal da ocorrência, especialmente nas crianças. O período de maior incidência são os meses de inverno.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de UTI Neonatal no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. 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. 40 p.: il. 3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01. Protocolo para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde*. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <http://www.sindhoesg.org.br/sindhoesg/segurancaesaude.php?ssc=0&id=686&pg=0> 4. 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.
Data de Inclusão	2012

Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	51. Taxa de infecção hospitalar
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção Infecção)
Conceito	Monitora a taxa de infecção hospitalar considerando o índice geral da instituição e de cada setor de unidade assistencial do prestador de serviço avaliado.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes com infecção hospitalar no setor no período / ∑ de pacientes internados no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com infecção hospitalar na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes internados na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Estima o risco dos pacientes atendidos na Unidade de Produção vir a contrair uma infecção hospitalar. Reflete a qualidade do cuidado prestado na Unidade de Produção e no Hospital. Pacientes queimados: patógenos encontrados em hemoculturas de pacientes queimados é o *Staphylococcus aureus*, com mortalidade de aproximadamente 30%, chegando a 45% quando a espécie é a de *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina. Outros tipos de bactérias são *Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Enterobacter cloacae* e outras bactérias gram-negativas em geral; *Acinetobacter baumannii como* causa de infecção da ferida em queimados, responsável por 11% a 13% dos casos; pacientes com infecção da ferida por *Acinetobacter baumannii*, 46% desenvolvem infecção da corrente sanguínea e, destes, 38% acabam indo a óbito.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Berçário; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico; • Setor de Hemodiálise; • Setor de Quimioterapia; • Setor de Hemodinâmica; • Serviço de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Cirurgia Cardíaca.

	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência, indicador diretamente relacionado ao controle de infecção hospitalar.
Referências	1. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01 Protocolo para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde.* Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <http://www.sindhoesg.org.br/sindhoesg/segurancaesaude.php?ssc=0&id=686&pg=0> 2. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 3. 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. 4. REMPEL. LCT, TIZZOT. MRPA, VASCO. JFM. Incidência de infecções bacterianas em pacientes queimados sob tratamento em hospital universitário de Curitiba. *Rev. Bras. Queimaduras*. 2011;10(1):3-9. 5. HENRIQUE. DM, SILVA. LD, COSTA. ACR, REZENDE. APMB, SANTOS. JAS e, MENEZES. MM, et al. Controle de infecção no centro de tratamento de queimados: revisão de literatura. *Rev. Bras. Queimaduras*. 2013;12(4):230-234.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	52. Taxa de internações a partir do pronto atendimento
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o percentual de internações a partir do pronto atendimento, de pacientes atendidos em caráter de urgência e emergência.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes internados a partir do Pronto Atendimento no setor no período / ∑ de pacientes admitidos no Pronto Atendimento da instituição de saúde no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes internados a partir do Pronto Atendimento na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes admitidos no Pronto Atendimento da instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	A maioria dos atendimentos em PA corresponde a casos de menor complexidade. Apenas 1% dos pacientes apresentam, no momento da triagem, situações de risco de morte ou evoluem, durante o atendimento, com agravo de seu risco, necessitando de internação hospitalar, considerados de pacientes graves. Se o pronto atendimento atua com sistema de classificação de risco, melhora a qualidade assistencial em tempo de espera e no processo de atendimento, prevenindo internações desnecessárias que elevam os custos assistenciais.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Segurança na urgência e emergência.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. VIOLA. D.C.M. et. al. Unidades avançadas: medidas de qualidade no atendimento de urgência e emergência. *Gestão e Economia em Saúde. Einstein*. 2014;12(4):492-8.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou

	especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	53. Taxa de manutenção preventiva para equipamentos médico-hospitalares e instalação predial
Domínio	EFICÁCIA (Manutenção predial e equipamentos médico-hospitalares).
Conceito	Avaliar a proporção de manutenção preventiva planejada para equipamentos médico-hospitalares e instalação predial de acordo com a proporção de manutenção preventiva realizada.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de serviços de manutenção preventiva realizada em equipamentos médico-hospitalares e instalação predial da instituição de saúde no período / ∑ de serviços de manutenção preventiva desejada pela instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Estabelecer normas e padrões na instituição que preservem o uso seguro e eficiente do equipamento médico-hospitalar e de infraestrutura, bem como de seus profissionais e usuários.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Manutenção no ato da visita.
Relevância	Eficiência na gestão das demandas do cliente interno com ênfase na equipe assistencial.
Referências	1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - *RDC Nº. 63 de 25 de novembro de 2011*. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em 23 mar. 2015. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES> 2. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada. RDC Nº 2, de 25 de janeiro de 2010*. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Acesso em 23 mar. 2015. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html> 3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *A engenharia clínica como estratégia na gestão hospitalar*. Acesso em 23 mar. 2016. Disponível em <Http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7da7c88047458e619768d73fbc4c6735/capitulo4.pdf?MOD=AJPERES>
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	54. Taxa de monitoramento do uso adequado de antibióticos
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção infecções).
Conceito	Monitora a racionalização de antimicrobianos, além de otimizar a escolha e duração da terapia antimicrobiana.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes em uso de antimicrobianos em monitoramento na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes internados na instituição de saúde em uso de antimicrobianos no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Evidenciar programas de controle da utilização de indicadores específicos para antibióticos incluindo: • Padrões de prescrição; • Custos hospitalares; • Resposta clínica; • Resistência microbiana. Os antimicrobianos são a 2ª classe de drogas mais utilizada. São responsáveis por 20 a 50% das despesas hospitalares com medicamentos. Dados dos hospitais americanos mostram que 25 a 40% dos pacientes recebem algum antimicrobiano durante sua hospitalização. Muitos pacientes recebem ATM desnecessariamente. Em unidades cirúrgicas: 38 a 48% dos pacientes com ATM não tinham evidência de infecção. 30 a 70% dos tratamentos com antimicrobianos são inadequados. Em hospitais brasileiros o uso incorreto é cerca de 50%. **Estratégias para otimizar o uso de antimicrobianos nos hospitais** • Otimizar o uso de ATM na profilaxia cirúrgica; • Otimizar a escolha e duração da terapia antimicrobiana empírica; • Melhorar a forma de prescrever ATM por meio da educação; • Monitorar e promover feedback das taxas de resistência antimicrobiana; • Desenvolver protocolos para o uso de ATM (*guidelines*). A resistência microbiana ocorre por vários fatores relacionados ao microorganismo, paciente, ambiente e uso de antimicrobianos. Há evidências de que a melhora na prática de prescrição de antimicrobianos e das medidas de prevenção das infecções (os fatores relacionados ao ambiente) pode reduzir a resistência microbiana.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Farmácia Hospitalar no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	A relação entre consumo de antimicrobianos e resistência também tem sido evidenciada. O aumento da prevalência de agentes resistentes em infecções respiratórias inferiores, especialmente o pneumococo resistente à penicilina

	e/ou macrolídeos tem sido observado em vários países da Europa e América do Norte. Alguns estudos populacionais demonstram que o consumo, ou melhor, a venda de beta-lactâmicos, co-trimoxazol e macrolídeos em uma determinada região, pode ser proporcional à resistência à penicilina.
Referências	1. ANVISA. *Uso racional de antimicrobianos e a resistência*. Luci Corrêa e Estevão Urbano Silva. Acesso em jun. 2016. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/rede_rm/cursos/atm_racional/modulo1/dis_adesao.htm> 2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Consenso sobre o uso racional de antimicrobianos*, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: 2001 36p. ISBN: 85-334-0141-8 OMS. Organização Mundial de Saúde. *Vencendo a resistência microbiana. World Health Report on Infectious Diseases* 2000. Acesso em 09 Jun. 2016. Disponível em <http://www.ccih.med.br/vencendoresistencia.html#mensagem> 3. SAENZ Llorens. Pediatric Infect Dis 2000;19:200-6. Wolf. Clin Infect Dis 1993;17(suppl 2):S 346-51 4. PALADINO. Am J Health Syst Pharm 2000;57(suppl 2):S10-2 5. HOWARD. Clin Infect Dis 2001;33(9):1573-8 6. KUNIN. Ann Intern Med 1973;79:555-60 7. KUNIN. Rev Infect Dis 1987;9(suppl 3):S270-85 8. NYQUIST. Pediatr Ann 1999;28:453-9 9. MARANGONI 1979; Martins 1981; Cardo 1989 10. GOLDMAN. JAMA 1996;275:234-40.SHEA position paper. Infect Control Hosp Epidemiol 1997;18:275. 11. NOUWEN JL. Clin Infect Dis 2006:42:776-7
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	55. Taxa de mortalidade cirúrgica/ pós-operatória
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
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	(*) **Indicador do setor de Centro Cirúrgico e/ou Centro Obstétrico:** ∑ de óbitos cirúrgicos em até 7 dias da cirurgia no setor no período / ∑ de cirurgias do setor no período * 100
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ óbitos cirúrgicos em até 7 dias da cirurgia na instituição de saúde no período / ∑ de na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. Avalia o risco de morrer 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 (Quadro 1), porte (maior ou menor) e natureza da cirurgia (emergência ou eletiva). Os procedimentos cirúrgicos estão avaliados nestas recomendações, como de menor risco ou pequeno porte e maior risco cirúrgico, médio e grande porte.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação coletiva; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • CCIH no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Segurança, qualidade e efetividade.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. *Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002.* Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002. 3. CQH. *Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH*. 2009. Edição: Ivomar Gomes Duarte. 1ª Edição. São Paulo/SP. Acesso em

	jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/3%20caderno%20de%20ind%20baixa-res%20(1).pdf> 4. FERNANDES. E.O. et. al. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 54 (2): 240-258, abr.-jun. 2010. 5. ANS. *Ficha técnica do Indicador Taxa de mortalidade cirúrgica*. Acesso em 15 mar. 2016. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-03.pdf>
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	56. Taxa de mortalidade em UTI pediátrica
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia a taxa de mortalidade dos pacientes de acordo com escores de gravidade para descrever populações de UTI e explicar seus diferentes desfechos, mediante o uso de escores como: APACHE II, SAPS II ou MPM.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de óbitos em UTI Pediátrica da instituição de saúde no período / ∑ de pacientes internados em UTI Pediátrica da instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
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. Quando monitorada ao longo do tempo, a TMHP indica o sucesso dos hospitais em reduzir os óbitos e melhorar os cuidados prestados. Entre 0,69% a 1% ou < 2% e 7,9%.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Monitora a qualidade do cuidado oferecido.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem*. 2ª edição. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar, 2012.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	57. Taxa de mortalidade esperada por sepse em UTI
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia a taxa de mortalidade esperada dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva de acordo com escores de gravidade para descrever populações de UTI e explicar seus diferentes desfechos. Exemplo de escores: APACHE II, SAPS II e MPM.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor de UTI Geral ou Adulto:** ∑ de óbitos em UTI Geral ou Adulto por sepse no período / ∑ de pacientes internados em UTI Geral ou Adulto no período * 100 = %
	(*) **Indicador do setor de UTI Coronariana:** ∑ de óbitos em UTI Coronariana por sepse no período / ∑ de pacientes internados em UTI Coronariana no período * 100 = %
	(*) **Indicador do setor de UTI Pediátrica:** ∑ de óbitos em UTI Pediátrica por sepse no período / ∑ de pacientes internados em UTI Pediátrica no período * 100 = %
	(*) **Indicador do setor de UTI Neonatal:** ∑ de óbitos em UTI Neonatal por sepse no período / ∑ de pacientes internados em UTI Neonatal no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de óbitos em UTIs (Geral/Adulto + Coronariana + Pediátrica + Neonatal) por sepse da instituição de saúde no período / ∑ de pacientes internados em UTIs (Geral/Adulto + Coronariana + Pediátrica + Neonatal) da instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. A taxa de mortalidade em UTI avalia a qualidade do cuidado oferecido. Mesmo empregando os melhores cuidados de saúde disponíveis, muitos óbitos não são evitáveis. A taxa de mortalidade esperada na UTI compara o número observado de mortes da UTI com o número que teria sido esperado, com base nos tipos de pacientes da UTI avaliados por meio do APACHE ou SAPS.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita;

	• CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Monitora a qualidade do cuidado oferecido.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	58. Taxa de mortalidade neonatal entre recém-nascidos de baixo peso
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia a taxa de mortalidade dos recém-nascidos de baixo peso de acordo com escores de gravidade para descrever populações de UTI e explicar seus diferentes desfechos. Os escores mais frequentemente utilizados são APACHE II, SAPS II e MPM.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de óbitos em UTI Neonatal entre recém nascidos de baixo peso na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes internados em UTI Neonatal de baixo peso na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
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. No país em 2010, 19,2% dos óbitos neonatais ocorreram entre os recém-nascidos de moderado baixo peso ao nascer (1500≤ RN < 2.500g). No mesmo ano, a taxa de mortalidade neonatal para estes recém-nascidos, 26,0 por 1000 nascidos vivos, foi cerca de dez vezes superior àquela observada para os recém-nascidos com peso ao nascer ≥ 2500g, 2,6 por 1000 nascidos vivos (MS – SVS – DASIS, 2012).
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de UTI Neonatal no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Monitora a qualidade do cuidado oferecido.
Referências	1. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa - RN Nº 405, de 9 de maio de 2016.* Fichas Técnicas dos indicadores do PM-QUALISS. Acesso em 15 mai. 2016. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Fichas_Indicadores_QUALISS.pdf> 2. DATASUS. *Ficha Técnica do Indicador: Taxa de mortalidade neonatal precoce – C.1.1.* Acesso em 16 mai. 2016. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/c0101.pdf>
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	59. Taxa de mortalidade por sepse em UTI
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia o percentual de óbitos institucional comparado ao percentual de óbitos por sepse.
Método de Cálculo	(*) **Indicador no setor de UTI Geral ou Adulto:** ∑ de óbitos por sepse na UTI Geral ou Adulto no período / ∑ de óbitos na UTI Geral ou Adulto no período * 100 = %
	(*) **Indicador no setor de UTI Coronariana:** ∑ de óbitos por sepse na UTI Coronariana no período / ∑ de óbitos na UTI Coronariana no período * 100 = %
	(*) **Indicador no setor de UTI Pediátrica:** ∑ de óbitos por sepse na UTI Pediátrica no período / ∑ de óbitos na UTI Pediátrica no período * 100 = %
	(*) **Indicador no setor de UTI Neonatal:** ∑ de óbitos por sepse na UTI Neonatal no período / ∑ de óbitos na UTI Neonatal no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de óbitos por sepse nas UTIs (Geral ou Adulto + Coronariana + Pediátrica + Neonatal) da instituição de saúde no período / ∑ de óbitos em UTIs (Geral ou Adulto + Coronariana + Pediátrica + Neonatal) da instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. A maior incidência de sepse deve-se ao envelhecimento da população, a procedimentos mais invasivos, ao uso de fármacos imunossupressores e à maior prevalência de infecção por síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), ademais, espera-se que esta tendência se acelere no futuro.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • CCIH no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.

Relevância	Segurança, qualidade e efetividade.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. ZANON, Fernando et al. Sepse na unidade de terapia intensiva: etiologias, fatores prognósticos e mortalidade. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 128-134, June 2008.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	60. Taxa de ocupação geral das salas de cirurgias
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional).
Conceito	Avalia a utilização operacional das taxas de sala de cirurgia comparado a quantidade de salas disponíveis no centro cirúrgico.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de cirurgias na instituição de saúde no período / Capacidade de atendimento nas salas de cirurgias da instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor A taxa de ocupação hospitalar está diretamente relacionada a disponibilidade de salas de cirurgia disponíveis no prestador de serviços de saúde e sua ocupação. Quanto menor a taxa de ocupação das salas cirúrgicas, maior a possibilidade de aumento dos custos hospitalares de taxas de sala ociosas. Se a taxa de ocupação estiver no limite de 100%, representa que a capacidade instalada é insuficiente para as demandas das operadoras de planos de saúde para atendimentos aos seus usuários.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Centro Cirúrgico no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	61. Taxa de ocupação geral das salas de parto normal e cesáreo
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional).
Conceito	Avalia a utilização operacional das taxas de sala de cirurgia e de parto normal comparado a quantidade de salas disponíveis no centro obstétrico.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de partos na instituição de saúde no período / Capacidade de atendimento das salas de partos normal + cesáreo na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. A taxa de ocupação hospitalar está diretamente relacionada à disponibilidade de salas de cirurgia disponíveis no prestador de serviços de saúde e sua ocupação. Quanto menor a taxa de ocupação da sala cirúrgicas, maior a possibilidade de aumento dos custos hospitalares de taxas de sala ociosas. Se a taxa de ocupação estiver no limite de 100%, representa que a capacidade instalada é insuficiente para as demandas das operadoras de planos de saúde para atendimentos aos seus usuários.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Centro Obstétrico no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos para o sistema.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* que realizem parto normal ou cesáreo.

Nome	62. Taxa de ocupação institucional
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional).
Conceito	Avalia a utilização e gestão do leito operacional no serviço. Está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes-dia geral da instituição de saúde no período/ ∑ de leitos-dia operacionais geral da instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. A taxa de ocupação hospitalar está diretamente relacionada à disponibilidade de leitos ofertada pelo prestador de serviços de saúde e sua ocupação. Quanto menor a taxa de ocupação, maior a possibilidade de aumento dos custos hospitalares por leitos ociosos. Se a taxa de ocupação estiver no limite de 100%, representa que a capacidade instalada é insuficiente para as demandas das operadoras de planos de saúde para atendimentos aos seus usuários. (ANAHP 2010 e 2014) ou 50% (Brasil – PNASS, 2005).
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
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. Não deverá nunca ultrapassar 100%.
Referências	1. CQH. *Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH*. 2009. Edição: Ivomar Gomes Duarte. 1ª Edição. São Paulo/SP. Acesso em jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/3%20caderno%20de%20ind%20baixa-res%20(1).pdf> 2. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 9 ed. ANAHP: São Paulo, 2017. 3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. *Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002*. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	63. Taxa de ocupação operacional do setor
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional).
Conceito	Avalia a utilização e gestão do leito operacional no setor, relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência. Para os serviços de apoio diagnóstico e terapias está relacionado à capacidade instalada e a quantidade de procedimentos realizados no período de tempo.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de atendimentos no setor ou serviço no período / Capacidade de atendimento no setor ou serviço no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. A taxa de ocupação do setor está diretamente relacionada a disponibilidade de leitos ofertada pelo prestador de serviços de saúde e sua ocupação por tipo de serviço assistencial ou de apoio. Quanto menor for a taxa de ocupação, maior a possibilidade de aumento dos custos hospitalares por leitos ou de serviços ociosos. Se a taxa de ocupação estiver no limite de 100%, representa que a capacidade instalada é insuficiente para as demandas das operadoras de planos de saúde para atendimentos aos seus usuários.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Pronto Socorro; • Setor de atendimento ambulatorial; • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de Internação semi-privativa (exclusivamente para psiquiatria); • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Berçário; • Setor de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca.
Relevância	Eficiência na gestão do leito operacional e oferta de leitos em um setor específico. Avalia o grau de utilização dos leitos operacionais no setor. Não deverá nunca ultrapassar 100%.
Referências	1. UNIDAS. *Programa de Avaliação dos Serviços de Saúde UNIPLUS*. 3 ed. UNIDAS: Curitiba, 2013. 2. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015.
Data de	2012

Inclusão	
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	64. Taxa de pacientes acompanhados na evolução da mobilidade/funcionalidade em assistência fisioterápica com uso de protocolos assistencial com escala de medição
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Monitora a assistência fisioterápica para acompanhar a evolução da mobilidade por meio de instrumentos de medida definidos a partir das características da população atendida. O resultado demonstra a assertividade da equipe na manutenção da mobilidade/funcionalidade dos pacientes.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com déficit de mobilidade/funcionalidade em assistência fisioterápica com uso de protocolo assistencial com escala de medição na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes com déficit de mobilidade/funcionalidade atendidos na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto mais alto o índice melhor . Os benefícios da mobilização precoce incluem melhora da função respiratória, redução dos efeitos adversos da imobilidade, melhora do nível de consciência, aumento da independência funcional, melhora da aptidão cardiovascular e aumento do bem-estar psicológico. Além disso, pode acelerar a recuperação do paciente, diminuir a duração da ventilação mecânica e o tempo de internamento hospitalar. O fisioterapeuta deve aplicar e interpretar os resultados de acordo com o prognóstico de perda ou ganho de mobilidade/função dos pacientes.
Fonte de Dados	(**) **Indicador da instituição de saúde:** • Serviço de fisioterapia no ato da visita.
Relevância	Mede a qualidade e eficiência assistencial dos serviços de fisioterapia.
Referências	1. CAVALHEIRO. L.V. et.al. Delineamento de um instrumento para medir a qualidade da assistência da Fisioterapia. *Einstein*. 2015;13(2):260-8. 2. CAVALHEIRO. G.C. Avaliação dos desfechos de funcionalidade e mobilidade pós-acidente vascular encefálico. *Rev. Fac. Ciênc. Méd*. Sorocaba, v. 15, n. 4, p. 100 - 104, 2013.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	65. Taxa de pacientes com diarreia em terapia nutricional enteral
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o percentual de pacientes em Terapia Nutricional Enteral que apresentam diarreia.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes em terapia nutricional enteral com diarreia na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes em terapia nutricional enteral na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	A diarreia é uma das complicações frequentemente observadas na TN enteral, pois interfere na evolução do estado nutricional. É importante o controle de sua frequência e a identificação de suas causas, que pode ser multifatorial, para estabelecimento de critérios e adoção de medidas corretivas e preventivas. ≤ 5% em UTI e ≤ 10% em enfermarias.
Fonte de Dados	(**) **Indicador da instituição de saúde:** • Serviço de Nutrição e Dietética no ato da visita.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. 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. 2. VEROTI. C.C.G. *Contribuição para seleção de Indicadores de Qualidade em terapia nutricional*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina: São Paulo, 2012. 3. WAITZBERG. D. *Indicadores de qualidade em terapia nutricional*. 1 Ed. Editora: Ilsi. 2008.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	66. Taxa de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes internados
Domínio	SEGURANÇA (Identificação do Paciente).
Conceito	Avalia a taxa de pacientes atendidos em unidades assistenciais com pulseiras padronizadas para garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes identificados com pulseiras padronizadas no setor no período / ∑ de pacientes atendidos no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes identificados com pulseiras na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes atendidos na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior a taxa de pacientes identificados, melhor. A taxa de pacientes internados com pulseiras auxilia na identificação do pacientes para assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor ou serviço:** • Setor de Pronto Atendimento ; • Setor de Pronto Socorro; • Setor de atendimento ambulatorial (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de Internação semi-privativa (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de Setor de UTI Neonatal; • Setor de Berçário; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico; • Setor de Hemodiálise; • Setor de Quimioterapia; • Setor de Hemodinâmica; • Setor de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca; • Setor de administração; **(**) Indicador avaliado da instituição de saúde:**

	• Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 02 da Portaria MS nº 2.095 de 24.09.2013: Protocolo de Identificação do Paciente*. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em http://www.sindhoesg.org.br/sindhoesg/segurancaesaude.php?ssc=0&id=712&pg=0. 2. 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. 40 p.: il.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	67. Taxa de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de lesão por pressão).
Conceito	Monitora o índice de pacientes em risco de lesão por pressão que está recebendo cuidados apropriados para a prevenção de lesão por pressão.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes recebendo cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão no setor no período / ∑ de pacientes internados com risco de lesão por pressão no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes recebendo cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes internados com risco de lesão por pressão na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avalia a implementação de medidas que contemplem o cuidado preventivo apropriado para a prevenção de lesão de pressão, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Serviço de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. PROQUALIS. *Indicador incidência de ulcera de pressão*. Acesso em 21 jan. 2016. Disponível em <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/13%20Incid%C3%AAncia%20de%20%C3%BAlcera%20por%20press%C3%A3o.pdf>

	3. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem*. 2ª edição. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar, 2012.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* exceto para hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	68. Taxa de pacientes monitorados com dispneia em assistência fisioterápica com uso de protocolos assistencial com escala de medição
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Monitora a assistência fisioterápica para pacientes com dispneia com uso de uma escala de medição para avaliação da evolução da dispneia.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes em assistência fisioterápica com uso de protocolo assistencial com escala de medição na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes com dispneia atendidos na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto mais alto o índice melhor. Vários instrumentos têm sido propostos para a avaliação da intensidade da dispneia, incluindo métodos de entrevistas, questionários auto-aplicativos e escalas numéricas e visuais. O uso de escalas consiste em recursos práticos que podem ser utilizado pelo fisioterapeuta na avaliação de pacientes que relatam dispneia, visando graduar a intensidade dessa sensação subjetiva de desconforto respiratório ao repouso e/ou durante o exercício.
Fonte de Dados	(**) **Indicador da instituição de saúde:** • Serviço de fisioterapia no ato da visita.
Relevância	Mede a qualidade e eficiência assistencial dos serviços de fisioterapia.
Referências	1. CAVALHEIRO. L.V. et.al. Delineamento de um instrumento para medir a qualidade da assistência da Fisioterapia. *Einstein*. 2015;13(2):260-8.
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	69. Taxa de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado
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 check list de cirurgia segura da OMS, com monitoramento de aderência aos quesitos propostos.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes que receberam antibioticoprofilaxia no momento adequado no setor no período / ∑ de pacientes que realizaram cirurgia no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes que receberam antibioticoprofilaxia no momento adequado na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes que realizaram cirurgia na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior a taxa, melhor. Avalia a implantação das rotinas e do processo de cirurgia segura em todos os procedimentos cirúrgicos eletivos. A implantação da cirurgia segura - check-list diminui as taxas de complicações, reoperações, reduz a taxa de infecção de sítio cirúrgico e a mortalidade cirúrgica.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Segurança nos procedimentos cirúrgicos eletivo.
Referências	1. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)*. Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211 p 2. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 03 da Portaria MS nº 2.095 (24/09/2013) - Protocolo para Cirurgia Segura.* Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_03_da_portaria_ms_n-_2.095_(24-09-2013)_-_protocolo_para_cirurgia_segura-.pdf. 3. 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. 40 p.: il.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*, exceto para hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	70. Taxa de pacientes submetidos à avaliação de risco de queda na admissão
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de quedas).
Conceito	Avalia a taxa de avaliação de risco de queda do paciente no ato da admissão.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes avaliados na admissão com risco de queda no setor no período / ∑ de pacientes internados no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes avaliados na admissão com risco de queda na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes internados na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Espera-se que todos os pacientes com risco de quedas, sejam avaliados no admissão. 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. 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.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de Queimado; • Serviço de Transplante; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência. A avaliação do risco de queda é intervenção essencial para a prevenção de quedas.
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01. Protocolo de Prevenção de Quedas*. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_01_da_portaria_ms_n-_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_prevencao_de_quedas.pdf> 3. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 4. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem.* 2ª edição. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar, 2012. 5. PROQUALIS. *Aprimorando as práticas de saúde. Ficha técnica do Indicador: Índice de quedas.* Acesso em 23 mai. 2016. Disponível em <http://proqualis.net/indicadores/%C3%ADndice-de-quedas> 6. BARBOSA, P.; CARVALHO, L & CRUZ, S. *Ícone de Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização*. Editor: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. 7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01 Protocolo de Prevenção de Quedas.* Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_01_da_portaria_ms_n-_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_prevencao_de_quedas.pdf>
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* exceto para hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	71. Taxa de pacientes submetidos à avaliação de risco para lesão por pressão na admissão
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de lesão por pressão).
Conceito	Monitora o índice de pacientes em risco para lesão por pressão avaliados na admissão para receber cuidados preventivos.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes com risco de lesão por pressão avaliados na admissão no setor no período / ∑ de pacientes internados no setor no período *100 = % (**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com risco de lesão por pressão avaliados na admissão na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes internados na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	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, promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. As escalas mais utilizadas para essa análise são Norton, a de Waterlow e a de Braden.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Serviço de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • CCIH no ato da visita; • Setor de administração; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. PROQUALIS. *Indicador incidência de ulcera de pressão*. Acesso em 21 jan. 2016. Disponível em <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/13%20Incid%C3%AAncia%20de%20

	%C3%BAlcera%20por%20press%C3%A3o.pdf> 3. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem*. 2ª edição. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar, 2012. 4. SANTOS. M.P, NEVES, R.C. & NEVES, C.O. Escalas utilizadas para prevenir lesão por pressão em pacientes críticos. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2013 Ago;2(1):19-31.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* exceto para hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	72. Taxa de pacientes submetidos à avaliação diária para risco de lesão por pressão
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de lesão por pressão).
Conceito	Monitora o índice de pacientes em risco para lesão por pressão, avaliado diariamente com escala de medição, para receber cuidados preventivos.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes com risco de lesão por pressão, avaliados diariamente no setor no período / ∑ de pacientes com risco de lesão por pressão no setor no período * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com risco de lesão por pressão, avaliados diariamente na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes com risco de lesão por pressão na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	A avaliação diária de risco de lesão por pressão com escala de Bradem pode reduzir riscos de desenvolver outras doenças como infecções, osteomielite, artrite séptica e sepse. Pode ainda reduzir o sofrimento físico e emocional ao paciente, melhorando a sua independência nas atividades diárias, comprometendo o seu processo de reabilitação e, consequentemente, impactando negativamente à sua qualidade de vida.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência
Referências	1. BRASIL. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il. 2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 02. Protocolo para Prevenção de Lesão por pressão.* Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_02_da_portaria_ms_n-_2.095_(24-09-2013)_-_protocolo_para_prevencao_de_ulcera_por_pressao-.pdf>

Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* exceto para hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	73. Taxa de parto cesáreo
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia a relação percentual entre o número de partos cesáreo e o número de partos realizados no prestador de serviços de saúde.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de partos cesáreo na instituição de saúde no período / ∑ de partos na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	De acordo com a OMS a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Cesáreas realizadas por motivos médicos podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e em longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados. A entidade sugere que a padronização seja feita pela adoção da classificação de Robinson, que categoriza todas as gestantes em um entre 10 grupos. Esses grupos são criados a partir de cinco características obstétricas que são colhidas nas maternidades.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Internação individual no ato da visita; • Setor de Internação coletiva no ato da visita; • Setor de Centro Cirúrgico no ato da visita; • Setor de Centro Obstétrico no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Mede a qualidade e eficiência assistencial (somente para prestadores que prestam assistência ao parto).
Referências	1. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa - RN Nº 405, de 9 de maio de 2016.* Fichas Técnicas dos indicadores do PM-QUALISS. Acesso em 15 maio 2016. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Fichas_Indicadores_QUALISS.pdf> 2. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Acesso em 20 mai. 2016. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1>
Data de Inclusão	2016
Categoria do	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou

Prestador	especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* que realizem parto normal ou cesáreo.

Nome	74. Taxa de prescrições dos pacientes revisadas por farmacêutico antes da dispensação
Domínio	SEGURANÇA (Erro de medicação).
Conceito	Monitora a taxa de revisão da prescrição de medicamentos de pacientes atendidos em unidades assistenciais. Inclui o 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	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de prescrições revisadas por farmacêutico antes da dispensação na instituição de saúde no período / ∑ de prescrições atendidas na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior a taxa de prescrições revisadas por farmacêutico, melhor. Previne erros de prescrição, para garantir a probabilidade do tratamento efetivo ou redução de risco de lesão no paciente. Quanto mais baixa melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor 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	1. 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. 40 p.: il. 2. 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. 3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS nº 2.095 de 24.09.201: Anexo 03. Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos*. Acesso em 21 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_03_da_portaria_ms_n-_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_seguranca_na_prescricao-_uso_e_administracao_de_medicamentos.pdf>
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	75. Taxa de protocolos assistenciais clínicos e cirúrgicos implantados
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia a implantação de protocolos clínicos médicos institucionais elaboradas a partir de diretrizes para prática clínica.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de protocolos clínicos assistenciais clínicos implantados, no mínimo há 4 meses / ∑ de protocolos assistências clínicos existentes no setor * 100 = %
	(*) **Indicador do setor:** ∑ de protocolos assistenciais cirúrgicos implantado, no mínimo há 4 meses / ∑ de protocolos assistências cirúrgicos existentes na instituição de saúde * 100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de protocolos assistenciais clínicos e cirúrgicos implantados, no mínimo há 4 meses / ∑ de protocolos assistenciais clínicos e cirúrgicos existentes na instituição de saúde * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Os modelos de acreditação, a literatura voltada para gestão da prática clínica e a experiência de uma parte da rede de prestadores hospitalares considera a implantação de protocolos clínicos baseados nas diretrizes para prática clínica, nacionais e internacionais, uma atividade essencial para garantir melhores resultados clínicos e com maior custo-efetividade para o sistema. A implantação deve ser institucional. As patologias escolhidas tem padrão mais homogêneo no diagnóstico e consenso em relação às melhores recomendações. A implantação deverá seguir *check list* padronizado.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Pronto Socorro; • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico; • Setor de Hemodiálise; • Setor de Quimioterapia; • Setor de Hemodinâmica; • Serviço de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:**

	• Setor de Administração no ato da visita.
Relevância	Diminuição da variabilidade e maior padronização nas condutas. Discussão com equipe dos indicadores de resultados dos protocolos, diminuição da variabilidade entre os profissionais e necessidade de revisão do protocolo mínima a cada três anos.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa - RN Nº 405, de 9 de maio de 2016.* Fichas Técnicas dos indicadores do PM-QUALISS. Acesso em 15 maio 2016. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Fichas_Indicadores_QUALISS.pdf>
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	76. Taxa de quedas de pacientes com dano
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de quedas).
Conceito	Monitora a taxa de pacientes internados ou atendidos em unidades assistenciais que sofreram queda e que resultaram em dano ao paciente.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de pacientes que sofreram dano após a queda no setor no período / ∑ de pacientes que sofreram queda no setor no período *100 = %
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes que sofreram dano após a queda na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes que sofreram queda na instituição de saúde no período *100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menos a taxa de quedas de pacientes com dano, 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.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Pronto Socorro; • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de UTI Geral ou Adulto; • Setor de UTI Coronariana; • Setor de UTI Pediátrica; • Setor de UTI Neonatal; • Setor de Centro Cirúrgico; • Setor de Centro Obstétrico; • Serviço de Queimados; • Serviço de Transplantes; • Serviço de Neurocirurgia; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • CCIH; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01 Protocolo de Prevenção de Quedas*. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_01_da_portaria_ms_n-_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_prevencao_de_quedas.pdf> 3. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 4. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem*. 2ª edição. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar, 2012. 5. PROQUALIS. *Aprimorando as práticas de saúde. Ficha técnica do Indicador: Índice de quedas.* Acesso em 23 mai. 2016. Disponível em <http://proqualis.net/indicadores/%C3%ADndice-de-quedas> 6. BARBOSA, P. CARVALHO, L & CRUZ, S. *Ícone de Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização*. Editor: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. 7. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01 Protocolo de Prevenção de Quedas.* Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_01_da_portaria_ms_n-_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_prevencao_de_quedas.pdf>
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic* exceto para hospitais e clínicas de psiquiatria.

Nome	77. Taxa de readmissão de pacientes em menos de 30 dias da alta hospitalar
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia as reinternações em menos de 30 dias após a alta hospitalar. Mede a capacidade progressiva do prestador em ajudar as pessoas a se recuperarem de forma tão eficaz quanto possível.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor:** ∑ de reinternações não programadas pela mesma causa até 30 dias da alta hospitalar no setor no período / ∑ de internações no setor no período * 100 = % (**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de reinternações não programadas pela mesma causa até 30 dias da alta hospitalar da instituição de saúde no período / ∑ de internações na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	As readmissões hospitalares, quando não planejadas, podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes a determinada doença (Borges e Turrini, 2011). As readmissões hospitalares podem ser classificadas em planejadas e eventuais. As planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas. As eventuais podem ser agrupadas em potencialmente evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possui possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável (Kossovsky e col, 1999). Se uma pessoa não se recupera bem, é mais provável que o tratamento hospitalar posterior seja necessário dentro de até 30 dias, que é a razão pela qual este indicador é utilizado para mensurar capacidade resolutiva na recuperação do paciente. Devem ser excluídos da contagem os pacientes por câncer e obstetrícia. Diferenças na gravidade da doença, co-morbidades e outros fatores de risco potencial podem contribuir para uma variação nos resultados.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Internação Individual; • Setor de Internação Coletiva; • Setor de Internação semi-privativa (exclusivo para instituições especializadas em psiquiatria); • Serviço de Cirurgia Neurológica; • Serviço de Cirurgia Cardíaca. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Mede a qualidade e efetividade assistencial

Referências	1. ANS. *Fichas Técnicas e Nota técnica nº. 34/DIDES. Indicadores do Fator de Qualidade*. Nota nº: 34/2015/COBPC/GERAR/DIDES. Acesso em 18 dez 2015. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/indicadores-e-nota.pdf> 2. BORGES. M.F. & TURRINI. R.N.T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. *Rev. Rene*, Fortaleza, 2011 jul./set; 12(3):453-61. 3. SILVA, D.L. *Ocorrência de eventos adversos em unidades de internação em um hospital de Brasília* (DF). 2013. 62 f., il.
Data de Inclusão	2015
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	78. 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 excluídas as altas por óbito ou transferência para outros serviços.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes readmitidos na UTI Geral ou Adulto no período / ∑ saídas hospitalares por alta da UTI no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	O termos "readmissão" consiste no evento de retorno a UTI, que ocorreu durante a mesma hospitalização; "readmissão precoce" para os eventos que ocorreram em menos de 48 horas após a alta da UTI. O impacto dessas inconsistências é 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%. De acordo com a taxa de reinternação de pacientes varia em torno de 2 a 15%.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de UTI Geral ou Adulto no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão de leitos de UTI
Referências	1. 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. 2. ELLIOTT M. Readmission to intensive care: a review of the literature. Aust Crit Care. 2006;19(3):96-104.
Data de Inclusão	2017
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	79. Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia
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	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com retorno não planejado à sala de cirurgia na instituição de saúde no período / ∑de pacientes com cirurgias realizadas na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Uma taxa elevada de retorno nos primeiros sete dias pode estar relacionada à estrutura (ex: conformação do centro cirúrgico) ou ao processo (ex. a perícia da equipe cirúrgica).
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Centro Cirúrgico no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão nas salas de cirurgia.
Referências	1. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa - RN Nº 405, de 9 de maio de 2016.* Fichas Técnicas dos indicadores do PM-QUALISS. Acesso em 15 maio 2016. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Fichas_Indicadores_QUALISS.pdf>
Data de Inclusão	2016
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	80. Taxa de rotatividade recursos humanos
Domínio	EFETIVIDADE (Recursos Humanos).
Conceito	Relação porcentual entre a soma de admissões e desligamento dividido por dois, e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital O índice de rotatividade de pessoal *(turnover)* é a relação entre todas as admissões (por aumento de quadro ou por substituições) somadas aos desligamentos (ocorridos de forma voluntária ou involuntária) e o total de efetivos (quadro de pessoal ativo) em um determinado período.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de admissões + desligamentos / 2 x 100 = % Nº de funcionários ativos no cadastro do hospital
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o resultado do indicador, melhor. Avalia a relação porcentual entre a soma de admissões e desligamento dividido por dois, e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital. O índice de rotatividade de pessoal (*turnover*) é a relação entre todas as admissões (por aumento de quadro ou por substituições) somadas aos desligamentos (ocorridos de forma voluntária ou involuntária) e o total de efetivos (quadro de pessoal ativo) em um determinado período. Nos hospitais da ANAHP, o índice mensal de rotatividade caiu em 2014 de 2,4% para 2,3%. (ANAHP 2014) com variação entre 1,8% a 2,8%. 0 a 25% ao ano, adequada/ 25 a 50% ao ano, ruim/ acima de 50% ao ano, crítica (STANCATO & ZILLI).
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração - Setor de Recursos Humanos, no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Não incluir os médicos em função assistencial. Não incluir médicos dos hospitais de corpo clínico aberto, que no modelo são considerados clientes. Não incluir as pessoas que trabalham menos de 20 horas semanais.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 2. NOMURA, F.H.; GAIDZINSKI, R.R.. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 13, n. 5, p. 648-653, Oct. 2005. 3. STANCATO. K. & ZILLI. P.T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. *RAS*. Vol. 12, No 47. Abr-Jun, 2010
Data de Inclusão	2012
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou

	especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	**81. Taxa de sucesso na extubação de pacientes acompanhados por fisioterapeuta com teste de respiração espontânea - TER**
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial).
Conceito	Monitora o sucesso da extubação de pacientes elegíveis assistidos pelo fisioterapeuta com teste de respiração espontânea TRE, de acordo com os critérios do protocolo de desmame e demonstrar a assertividade da equipe nessa terapêutica. Mede o sucesso no desmame da ventilação mecânica.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes extubados com sucesso na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes acompanhados por fisioterapeuta com TRE para o desmame de ventilação mecânica atendidos na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Desmame que se refere ao processo de transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 horas e sucesso do desmame que é a ventilação espontânea durante pelo menos 48 horas após a interrupção da ventilação artificial. Considera-se fracasso ou falência do desmame, se o retorno à ventilação artificial for necessário neste período. A falha de extubação está associada ao aumento do tempo de VM, do tempo de internação e da mortalidade, principalmente se a reintubação for retardada.
Fonte de Dados	(**) **Indicador da instituição de saúde:** • Serviço de Fisioterapia no ato da visita.
Relevância	Mede a qualidade e eficiência assistencial dos serviços de fisioterapia.
Referências	1.YAMAUCHI, L.Y. *Falência do desmame: risco, fatores associados e prognóstico de pacientes sob ventilação mecânica prolongada*. 2005. Tese de Doutorado em Fisiopatologia Experimental. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Acesso em 05 mai. 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-10082005-102441/>. 2. MASCARENHAS. D.M.. *Desmame da Ventilação Mecânica em Adultos: Métodos mais Utilizados na Atualidade.* http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/27/06__Desmame_da_VentilaYYo_MecYnica_em_Adultos_MYtodos_mais_Utilizados_na_Atualidade.pdf 3. NEMER. S.N. & BARBAS. C.S.V.. Parâmetros preditivos para o desmame da ventilação mecânica. *J Bras. Pneumol.* 2011;37(5):669-679. Acesso em 23 mai. 20146. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n5/v37n5a16>. 4. CARVALHO, M.P.N.M. & BARROZO,A.F. Mobilização precoce no paciente crítico internado em unidade de terapia intensiva. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* .Vol.8,n.3,pp.66-71 (Set - Nov 2014). Acesso em 20 mai. 2016. Disponível em <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141101_221555.pdf>
Data de Inclusão	2016

Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

Nome	82. Tempo de espera na urgência e emergência
Domínio	ACESSO (do paciente).
Conceito	Monitora o tempo médio de espera dos pacientes atendidos em caráter de urgência e emergência na unidade de pronto atendimento.
Método de Cálculo	(*) **Indicador do setor de Pronto Atendimento:** ∑ de tempo de espera (em minutos) para o atendimento inicial dos pacientes admitidos no setor de Pronto Atendimento no período / ∑ de pacientes admitidos no setor de Pronto Atendimento no período = minutos
	(*) **Indicador do setor de Pronto Socorro:** ∑ de tempo de espera (em minutos) para o atendimento inicial dos pacientes admitidos no Pronto Socorro no período / ∑ de pacientes admitidos no setor de Pronto Socorro no período = minutos
	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de tempo de espera (em minutos) para o atendimento inicial dos pacientes admitidos na instituição no Pronto Socorro + Pronto Atendimento no período / ∑ de pacientes admitidos no setor de Pronto Socorro e Pronto Atendimento no período = minutos
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Avaliar o tempo médio de espera para o atendimento inicial dos pacientes nas unidades de urgência e emergência. Oportunidade de atendimento.
Fonte de Dados	(*) **Indicador avaliado no ato da visita no setor, sala, serviço:** • Setor de Pronto Atendimento; • Setor de Pronto Socorro. (**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Segurança na urgência e emergência. O fornecimento de senha aumenta a precisão da coleta desta informação. Hospitais que coletam este dado de forma amostral e/ou manual deverão explicitar esta forma de coleta para que a análise seja diferenciada.
Referências	1. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. ANS. BRASIL. *Acolhimento e classificação de risco*. v1 01. nov. 2012. Acesso em jan. 2015. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-01.pdf>
Data de	2012

Inclusão	
Categoria do Prestador	Hospital de alta complexidade, geral ou especializado e clínica geral ou especializada com internação de curta duração ou *Day Clinic*.

CAPÍTULO 2 - FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DA CATEGORIA DE CLÍNICA AMBULATORIAL

- Cada indicador é avaliado de acordo com a categoria do prestador e devem representar a média anual. Consulte os indicadores obrigatórios no portal da UNIDAS www.unidas.org.br/uniplus.
- Confira na Ficha técnica de cada indicador no campo "Apuração dos Dados", que define o momento em que os resultados de cada indicador serão avaliados/coletados no Programa UNIPLUS.
- O período de apuração de cada indicador deverá corresponder a uma série histórica de 12 meses, contados a partir da data da avaliação in loco.
- Durante a vigência da certificação, os indicadores serão monitorados anualmente e comparados com os indicadores informados no ato da visita pelo prestador.
- Em caso de dúvidas consulte o Glossário do Programa UNIPLUS.

No Programa UNIPLUS os prestadores da categoria de **Categorias de Clínicas ambulatoriais** constam no Quadro 3.

Quadro 3 – Categorias de Clínicas ambulatoriais

TIPO DE CLÍNICA AMBULATORIAL	CÓDIGO
1. CONSULTÓRIO MÉDICO ISOLADO	CIM
2. CONSULTÓRIO ISOLADO DE PSICOLOGIA	CIPsi
3. CONSULTÓRIO ISOLADO DE FONOAUDIOLOGIA	CIFon
4. CONSULTÓRIO ISOLADO DE NUTRIÇÃO	CINut
5. CONSULTÓRIO ISOLADO DE TERAPIA OCUPACIONAL	CITocu
6. CONSULTÓRIO ISOLADO DE ODONTOLOGIA	CIODONTO
7. POLICLÍNICA	CAPoli
8. CLÍNICA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	CAEsp
9. AMBULATÓRIO DE PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO	CAPAMed
10. AMBULATÓRIO DE PRONTO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	CAPAOdonto
11. CLÍNICA AMBULATORIAL DE ODONTOLOGIA	CAOdonto
12. CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS EM	CDTExcar

CARDIOLOGIA	
13. CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS NEUROLOGIA	CDTExneu
14. CLÍNICA DE ENDOSCOPIA	CDTEndos
15. CLÍNICA DE LITOTRIPSIA	CDTLito
16. CLÍNICA DE IMAGEM GERAL	CDTGer
17. CLÍNICA DE IMAGEM – SERVIÇO DE RADIOLOGIA CONVENCIONAL	CDTRx
18. CLÍNICA DE IMAGEM – SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA	CDTUsg
19. CLÍNICA DE I IMAGEM – SERVIÇO DE TOMOGRAFIA	CDTTomo
20. CLÍNICA DE IMAGEM – SERVIÇO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR	CDTRm
21. CLÍNICA DE IMAGEM - SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR	CDTMn
22. CLÍNICA AMBULATORIAL DE FISIOTERAPIA	CSAFisio
23. CLÍNICA DE SERVIÇO DE HEMODINÂMICA	CSAHemodi
24. CLÍNICA DE SERVIÇO DE TERAPIA ONCOLÓGICA –Quimioterapia e/ou Radioterapia	CSATOnco
25. CLÍNICA DE SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – Diálise e/ou hemodiálise	CSATRenal
26. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR/HOME CARE	CSAHcare
27. SERVIÇO DE REMOÇÃO	CSARemo

* Clínicas ambulatoriais com mais de um tipo de serviço serão avaliadas como Policlínicas.

Nome	1. Grau de disponibilidade de informações aos pacientes e familiares em serviço de urgência móvel
Domínio	EFICIENCIA (assistencial).
Conceito	Avalia o grau informação disponibilizado aos pacientes e familiares a respeito da remoção incluindo: • Identificação do médico responsável; • Impressão diagnostica inicial; • Procedimentos e técnicas a realizar; • Circuitos dentro do serviço (fluxos); • Diagnóstico e plano terapêutico (se existir).
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de informações escritas disponibilizadas ao paciente ou familiares no serviço de urgência móvel no período / ∑ de pacientes atendidos no serviço de urgência móvel no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o percentual de pacientes ou familiares ou responsáveis que receberam informações ao utilizarem o serviço de urgência móvel, melhor. Além de tratar-se de um direito do paciente, reconhecido em lei, se soma a evidência constatada de que uma boa informação melhora a relação terapêutica médico-paciente e alivia a angustia de seus familiares.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Remoção no ato da visita.
Relevância	Além de evitar reclamações como consequência de uma insuficiente compreensão da natureza e alcance dos problemas e dos cuidados ofertados. 1-Avaliação estrutural do serviço quanto à existência de mecanismos institucionais de oferta de informações, inclui a existência de um "Programa de Informação e Comunicação do Serviço de Urgência", baseado em um "Guia da Unidade sobre a Informação a Pacientes e Familiares". A existência de informação previa sobre o funcionamento do Serviço de Urgência, a partir da disposição de folhetos e informações escritas na sala de espera; existência de um setor de acolhimento, onde sejam disponibilizadas informações orais; investigação junto a pacientes e familiares do grau de informações que dispõe acerca de sua situação, em levantamentos periódicos. Podem incluir as seguintes informações para o monitoramento do indicador: • % de pacientes que identifica o médico responsável por seu tratamento; • % de pacientes que conhecem sua impressão diagnostica inicial; • % de pacientes que foram informados sobre os procedimentos e técnicas aos quais seriam submetidos; • % de pacientes que conhecem os fluxos dentro do serviço de atendimento.
Referências	1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Seminário da Política Nacional de Atenção Integral às Urgências. Qualidade nos Serviços de Urgência. Alguns Indicadores*.

	Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Urgência/Emergência. César Roberto Braga Macedo Consultor do CGUE/DAE/SAS/ MS Outubro de 2003. Acesso em jan. 2018. Disponível em <file:///F:/2018%20UNIPLUS%20sistematizado%205%20ED/BIBLIOGRAFIA%205%20ED/remoção/qualidadeservicosurgencia%20%20INDICADORES.pdf>
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	2. Grau de preenchimento da história clínica em serviço de urgência móvel
Domínio	EFICIENCIA (assistencial).
Conceito	Avalia a qualidade do preenchimento de histórias clínicas realizada pelos médicos dos serviços de remoção. Proporção de histórias clínicas (HC) que tenham sido completadas de maneira legível, pelo menos, nos seguintes itens: •Identificação do paciente (nome, sobrenome, idade, sexo ou algum elemento identificador; "desconhecido") – local de moradia. •Identificação do médico responsável (número legível do CRM) •Hora de início do atendimento médico •Data •Motivo da consulta (o relatado pelo paciente) •Exame físico •Exames complementares solicitados (podemos considerar suficiente sua enumeração) •Hipótese diagnostica codificada. Deve constar, mesmo que seja provisório e submetido às reservas e limitações próprias da assistência urgente. Tratamento prescrito ou recomendado. Deve incluir, neste caso, o tratamento administrado durante a permanência no serviço.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de histórias clínicas preenchidas corretamente no serviço de urgência móvel no período / ∑ de histórias clínicas preenchidas no serviço de urgência móvel no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Espera-se que todos os atendimentos de urgência móvel estejam com preenchimento da história clínica.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Remoção no ato da visita.
Relevância	O registro correto e completo da documentação clínica gerada pelo processo assistencial é um dos aspectos básicos da qualidade na assistência. Sem esta documentação é impossível avaliar a qualidade dos atos médicos e sua idoneidade ou adequação ao problema de saúde do paciente. Além disso, a história clínica é o instrumento mediante o qual se comunica a informação clínica a outros profissionais que podem ter responsabilidade assistencial sobre o paciente permitindo o seguimento clínico do mesmo. Deste modo, um ato médico não pode considerar-se completo e de qualidade sem uma história clínica bem documentada e registrada de acordo com critérios comuns estabelecidos em cada serviço
Referências	1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Seminário da Política Nacional de Atenção Integral às Urgências. Qualidade nos Serviços de Urgência. Alguns Indicadores*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Urgência/Emergência. César Roberto Braga Macedo Consultor do CGUE/DAE/SAS/ MS Outubro de 2003. Acesso em jan. 2018. Disponível em <file:///F:/2018%20UNIPLUS%20sistematizado%205%20ED/BIBLIOGRAFIA%205%20ED/remoção/qualidadeservicosurgencia%20%20INDICADORES.pdf>

Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	3. Incidência de erros relacionados à administração de medicação durante a atenção domiciliar
Domínio	SEGURANÇA (Erro de medicação).
Conceito	Avalia o percentual médio de pacientes que sofreram erros na administração de medicação de pacientes atendidos durante a internação domiciliar. A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de medicamentos administrados com erro durante o atendimento domiciliar na instituição de saúde no período / ∑ de medicamentos administrados durante o atendimento domiciliar na instituição de saúde no período *100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o percentual de erros relacionados à administração de medicação durante a atenção domiciliar, 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: A taxa de erros de administração identifica nove certos para 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	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Atenção Domiciliar - *Home Care* no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência, com monitoramento dos erros de administração de medicação pela equipe assistencial que podem refletir em maior tempo de internação ou lesão para o paciente.
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. 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. 3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS nº 2.095 de 24.09.2013: Anexo 03. Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos*. Acesso em 21 jan. 2016. Disponível em

	<file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_03_da_portaria_ms_n-_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_seguranca_na_prescricao-_uso_e_administracao_de_medicamentos.pdf> 4. PROGRAMA FAROL. SINDHRio. Indicadores da assistência domiciliar. Acesso em jan. 2018. Disponível em <http://www.programafarol.com.br/index.php/ficha-tecnica-dos-indicadores/indicadores-de-assistencia-domiciliar>
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	4. Incidência de extravasamento de droga antineoplásicas em pacientes em atendimento ambulatorial
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção extravasamento droga antineoplásica).
Conceito	Avalia o extravasamento de droga antineoplásicas em pacientes em uso de drogas antineoplásicas, atendidos em regime ambulatorial.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes em atendimento ambulatorial com extravasamento de droga antineoplásica na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes em uso de droga antineoplásica em atendimento ambulatorial na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	A via intravenosa é a mais utilizada para a administração de quimioterápicos por garantir absorção e nível sérico adequados das diferentes drogas. Dentre os principais eventos adversos relacionados à administração intravenosa, o extravasamento se destaca como a complicação aguda mais severa, causando extremo desconforto e sofrimento ao paciente e exigindo do enfermeiro habilidade clínica para diagnosticá-lo e intervir precocemente. Devem-se contemplar todos os pacientes submetidos a tratamento antineoplásico seja quimioterapia, terapia alvo e/ou imunoterapia. Considerar as administrações de drogas antineoplásicas em bag e em seringa e o extravasamento de drogas antineoplásicas por via endovenosa independente do tipo de cateter: periférico ou central.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Clínica ambulatorial de Quimioterapia no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência
Referências	1. CHANES, D.C. et. al. Extravasamento de Drogas Antineoplásicas em Pediatria: Algoritmos para Prevenção, Tratamento e Seguimento. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2008; 54(3): 263-273. 2. CORREIA. J.N. & ALBACH, L.S.P. & ALBACH, CA.. Extravasamento de quimioterápicos: conhecimentos da equipe de enfermagem. *Revista Ciência & Saúde*. Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 22-31, jan./jun. 2011. 3. INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SÃO PAULO. Ficha técnica do indicador: Incidência de Extravasamento de Droga Antineoplásica em Pacientes Internados e Ambulatoriais. Disponível em file:///C:/Users/lucia/Downloads/Indicador%20extravasamento.pdf.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica

	Ambulatorial de quimioterapia.

Nome	5. Incidência de pacientes que desenvolveram lesão por pressão durante a atenção domiciliar
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção lesão por pressão).
Conceito	Avalia o percentual médio de pacientes com lesão por pressão de pacientes atendidos durante a internação domiciliar.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com lesão de pressão de pacientes em internação domiciliar na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes em internação domiciliar na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o percentual de pacientes que desenvolveram lesão por pressão durante a atenção domiciliar, melhor. A ocorrência de lesão por pressão (UP) nos pacientes atendidos nos serviços de saúde que causa impactos para os pacientes, famílias e sistema de saúde com reflexos no tempo de permanência hospitalar dos pacientes, riscos de infecção e outros agravos evitáveis. As taxas de incidência e prevalência estão relacionadas às características dos pacientes e ao nível de cuidado: A) Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%. B) Cuidados agudos: as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38% . C) Atenção Domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Atenção Domiciliar - *Home Care* no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. PROQUALIS. *Indicador incidência de ulcera de pressão*. Acesso em 21 jan. 2016. Disponível em http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/13%20Incid%C3%AAncia%20de%20%C3%BAlcera%20por%20press%C3%A3o.pdf. 3. CQH. *Manual de Indicadores de Enfermagem*. 2ª edição. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar, 2012. 4. PROGRAMA FAROL. SINDHRio. Indicadores da assistência domiciliar. Acesso em jan. 2018. Disponível em <http://www.programafarol.com.br/index.php/ficha-tecnica-dos-

	indicadores/indicadores-de-assistencia-domiciliar>.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	6. Incidência de queda durante a atenção domiciliar
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção de Quedas).
Conceito	Avalia o percentual médio de pacientes que sofreram queda quando internados ou atendidos em regime de atenção domiciliar. O índice de queda está relacionado a fraturas e traumatismos no ambiente domiciliar.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com registros de queda em internação domiciliar na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes atendidos em internação domiciliar na instituição de saúde no período * 100 % = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o percentual de queda durante a atenção domiciliar, 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. Implantação do Protocolo de prevenção de quedas com uso da Escala de Quedas de Morse.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Atenção Domiciliar - *Home Care* no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. 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. 40 p.: il. 2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01 Protocolo de Prevenção de Quedas.* Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_01_da_portaria_ms_n-_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_prevencao_de_quedas.pdf> 3. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP. 4. PROQUALIS. *Aprimorando as práticas de saúde. Ficha técnica do Indicador: Índice de quedas.* Acesso em 23 mai. 2016. Disponível em <http://proqualis.net/indicadores/%C3%ADndice-de-quedas> 5. BARBOSA, P.; CARVALHO, L & CRUZ, S. *Ícone de Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização*. Editor: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. 6. PROGRAMA FAROL. SINDHRio. Indicadores da assistência domiciliar. Acesso em jan. 2018. Disponível em <http://www.programafarol.com.br/index.php/ficha-tecnica-dos-

	indicadores/indicadores-de-assistencia-domiciliar>
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	7. Incidência geral de infecção durante a atenção domiciliar
Domínio	SEGURANÇA (Prevenção Infecção).
Conceito	Avalia o percentual médio de pacientes que desenvolveram infecção, associada e/ou relacionada à assistência à saúde, durante a internação domiciliar.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com infecção adquirida durante o atendimento domiciliar na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes atendidos no domicilio na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o percentual de pacientes que adquiriram infecção durante a atenção domiciliar, melhor. Estima o risco dos pacientes atendidos na Unidade de Produção vir a contrair uma infecção hospitalar. Reflete a qualidade do cuidado prestado na Unidade de Produção e no Hospital. Pacientes queimados: patógenos encontrados em hemoculturas de pacientes queimados é o *Staphylococcus aureus*, com mortalidade de aproximadamente 30%, chegando a 45% quando a espécie é a de *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina. Outros tipos de bactérias são *Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Enterobacter cloacae* e outras bactérias gram-negativas em geral; *Acinetobacter baumannii como* causa de infecção da ferida em queimados, responsável por 11% a 13% dos casos; pacientes com infecção da ferida por *Acinetobacter baumannii*, 46% desenvolvem infecção da corrente sanguínea e, destes, 38% acabam indo a óbito.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Atenção Domiciliar - *Home Care* no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. *Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01. Protocolo para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde*. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <http://www.sindhoesg.org.br/sindhoesg/segurancaesaude.php?ssc=0&id=686&pg=0> 2. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 3. 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. 2010. 4. REMPEL LCT, TIZZOT MRPA, VASCO JFM. Incidência de infecções bacterianas

	em pacientes queimados sob tratamento em hospital universitário de Curitiba. ***Rev Bras. Queimaduras.*** 2011;10(1):3-9. 5. HENRIQUE DM, SILVA LD, COSTA ACR, Rezende APMB, Santos JAS e, Menezes MM, et al. Controle de infecção no centro de tratamento de queimados: revisão de literatura. ***Rev. Bras. Queimaduras***. 2013;12(4):230-234. 6. PROGRAMA FAROL. SINDHRio. Indicadores da assistência domiciliar. Acesso em jan. 2018. Disponível em <http://www.programafarol.com.br/index.php/ficha-tecnica-dos-indicadores/indicadores-de-assistencia-domiciliar>.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	8. Índice de avaliação da limpeza e desinfecção concorrente com inspeção visual por check list em conformidade
Domínio	EFICÁCIA (Prevenção Infecção).
Conceito	Avalia o processo de limpeza concorrente em conformidade, mediante uso método inspeção visual por check list em todas as áreas assistenciais da instituição de saúde.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de check list de limpeza concorrente em conformidade na instituição de saúde no período / ∑ check list de limpeza terminal na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o Índice de avaliação da limpeza e desinfecção concorrente com inspeção visual por check list em conformidade, melhor. As infecções relacionadas à assistência à saúde são as complicações mais comuns a acometerem pacientes hospitalizados. Trata-se do processo de limpeza realizado diariamente nas diferentes dependências como as áreas de atendimento do paciente, incluindo pisos, corredores, saguões, instalações sanitárias, áreas administrativas. A limpeza concorrente é úmida e menos completa quando comparada a limpeza terminar, não envolvendo a utilização de máquinas para limpeza de pisos.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviços de Limpeza no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita.
Relevância	Essencial para assistência e prevenção de infecção hospitalar.
Referências	1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2010. 116 p. Acesso em 20 mai. 2016. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4ec6a200474592fa9b32df3fbc4c6735/Manual+Limpeza+e+Desinfeccao+WEB.pdf?MOD=AJPERES> 2. JERICÓ, M.C., PERROCA, M,G, & PENHA, V.C.. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Artigo Original 19(5):[08 telas] set.-out. 2011. 3. SANTOS, N.D.V. et. al. Avaliação da limpeza terminal em uma unidade para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes. *Rev HCPA* 2013;33(1). 4. OLIVEIRA, T. & CANETTIER, A.C.V. Eficiência dos métodos microbiológicos e de ATP-bioluminescência na detecção da contaminação de diferentes superfícies. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*. 2010; 69(4):467-74 5. TORRES, S. COVAS, LT. Gestão dos Serviços de Limpeza, Higiene e Lavanderia em Estabelecimentos de saúde. 3 ed. Sarvir, 2008. São Paulo
Data de Inclusão	2018

Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	9. Índice de avaliação da limpeza e desinfecção terminal com inspeção visual por check list em conformidade
Domínio	EFICÁCIA (Prevenção Infecção).
Conceito	Avalia o processo de limpeza terminal em conformidade, mediante uso método inspeção visual por check list em todas as áreas assistenciais da instituição de saúde.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de check list de limpeza terminal em conformidade na instituição de saúde no período / ∑ de check list de limpeza terminal na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o Índice de avaliação da limpeza e desinfecção terminal com inspeção visual por check list em conformidade, melhor. As infecções relacionadas à assistência à saúde são as complicações mais comuns a acometerem pacientes hospitalizados. O controle da disseminação de microrganismos de importância epidemiológica é um componente importante para a segurança do paciente. Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada). As programadas devem ser realizadas no período máximo de 15 dias quando em áreas críticas (YAMAUSHI et al., 2000; PREFEITURA, 2007). Em áreas semicríticas e não críticas o período máximo é de 30 dias.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviços de Limpeza no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita.
Relevância	Essencial para assistência e prevenção de infecção hospitalar.
Referências	1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2010. 116 p. 2. JERICÓ, M.C., PERROCA, M,G, & PENHA, V.C.. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Artigo Original 19(5):[08 telas] set.-out. 2011. 2. SANTOS, N.D.V. et. al. Avaliação da limpeza terminal em uma unidade para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes. *Rev HCPA* 2013;33(1). 3. OLIVEIRA, T. & CANETTIER, A.C.V. Eficiência dos métodos microbiológicos e de ATP-bioluminescência na detecção da contaminação de diferentes superfícies. *Rev. Inst. Adolfo Lutz.* 2010; 69(4):467-74. 5. TORRES, S. COVAS, LT. Gestão dos Serviços de Limpeza, Higiene e Lavanderia em Estabelecimentos de saúde. 3 ed. Sarvir, 2008. São Paulo
Data de	2018

Inclusão	
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	10. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia a quantidade de procedimentos preventivos em saúde bucal realizados na instituição de saúde em relação à quantidade total de procedimentos odontológicos realizados na instituição de saúde no período analisado, incluindo procedimentos clínicos, educativos e/ou terapêuticos que interferem nas causas das doenças bucais, impedindo e/ou retardando o aparecimento de lesões relacionadas aos processos de doenças bucais.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes em com procedimentos preventivos em saúde bucal na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes em atendimento ambulatorial na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Os procedimentos preventivos em saúde bucal contribuem na análise e orientação dos modelos assistenciais praticados na assistência odontológica. A realização elevada de procedimentos preventivos em odontologia voltados a prevenção da saúde bucal e promoção em saúde minimiza a necessidade de procedimentos invasivos nos pacientes ao longo do tempo (qualidade).
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Consultório isolado de odontologia; • Clínica ambulatorial de Odontologia no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência
Referências	1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; 17), 2008. 2. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANEXO II FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ANO-BASE 2017. Rio de Janeiro: ANS, [dez], 64p, 2017. 3. PIMENTEL, F.C. et al. Analysis of oral health indicators of Pernambuco: performance of cities according to size population, population enrolled in the Information System for Primary Care and proportion in the Family Health Strategy. Cad. saúde colet.[online]. 2014, vol.22, n.1 [cited 2018-07-02], pp.54-61. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100054&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1414-462X. http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010009. 4. MACHADO, F.C.A. SOUZA, G.C.A. e NORO, L.R.A. Proposição de indicadores

	para vigilância da saúde bucal de adolescentes. ***Ciência & Saúde Coletiva*** [online]. 2018, v. 23, n. 1 [Acessado 2 Julho 2018] , pp. 187-202. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.20842015>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.20842015.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui consultório isolado de odontologia e Clínica Ambulatorial de odontologia.

Nome	11. Taxa de absenteísmo em serviço ambulatorial
Domínio	EFETIVIDADE (Recursos Humanos).
Conceito	Avalia a força de trabalho contratada que não presente por faltas (justificadas ou injustificadas), atrasos, licenças curtas ou prolongadas (acima de 15 dias).
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de colaboradores da instituição de saúde no período / ∑ de dias em faltas de funcionários (justificadas ou injustificadas), atrasos, licenças curtas ou prolongadas (acima de 15 dias) da instituição de saúde no período *100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o percentual de absenteísmo em serviço ambulatorial, melhor. O absenteísmo significa que a força de trabalho contratada não está presente por faltas (justificadas ou injustificadas), atrasos, licenças curtas ou prolongadas (acima de 15 dias). Quanto maior a taxa de absenteísmo pior a saúde dos colaboradores refletem negativamente nos resultados na qualidade da assistência, na satisfação dos clientes ou no desempenho financeiro.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração - Setor de Recursos Humanos no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência e saúde dos colaboradores.
Referências	1. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	12. Taxa de acolhimento com classificação de risco em pronto atendimento ambulatorial
Domínio	ACESSO (do paciente).
Conceito	Avalia a quantidade de pacientes atendidas no sistema de triagem do Pronto Atendimento Ambulatorial por profissional de saúde devidamente habilitado, avaliados por instrumento de mensuração com protocolos que estratifiquem o risco em níveis de classificação de risco com reconhecimento científico nacional e/ou internacional.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes atendidos no pronto atendimento com triagem e classificação de risco no pronto atendimento ambulatorial no período / ∑ de pacientes atendidos no pronto atendimento ambulatorial no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde no ato da visita:** • Clínica Ambulatorial Especializada; • Clínica de Pronto Atendimento Ambulatorial.
Relevância	No Brasil, em 2004, o Programa Nacional de Humanização implantou o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) nos serviços de emergência, com o objetivo de prestar um atendimento com qualidade, compromisso, dignidade e respeito a todas as pessoas que procuram estas unidades. Deve também organizar o atendimento por gravidade, e não mais por ordem de chegada à unidade, pois, ao identificar pacientes em condições de urgência, aumenta-se a satisfação do usuário, diminui-se o congestionamento, organiza-se o fluxo de atendimento e direcionam-se os recursos a serem utilizados pelo paciente. Não existe uma escala padrão quando se trata de medir saúde. Cada instituição possui autonomia para utilizar aquela que mais se adequa às suas necessidades. A mensuração requer indicadores que representem um conceito. Não há um instrumento de mensuração infalível; fatores situacionais e ambientais, tendenciosidade nas respostas, fatores pessoais e alterações no método de coleta de dados podem contribuir para erros de mensuração. A utilização de protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente. Atualmente, os protocolos mais utilizados para a realização da classificação de risco, nos serviços de urgência/ emergência, em nível mundial, são: o Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage & Acuity Scale (CTAS), Índice de Gravidade de Emergência (ESI - Emergency Severity Index) e o Manchester Triage System (MTS). Todas estas escalas organizam o atendimento em cinco níveis de prioridade. A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de

	espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento, acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.
Referências	1. SILVA, J.A. et al . Índice de Gravidade de Emergência: acurácia na classificação de risco. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 421-427, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000400421&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082017ao3964. 2. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. ISBN 978-85-334-1583-6.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	13. Taxa de adesão ao tratamento de pacientes portadores de doenças crônicas
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia o percentual de adesão dos Portadores de doenças crônicas atendidos pelo prestador de serviços de saúde em conformidade com os portadores de doenças crônicas programados. A adesão ao tratamento de pacientes crônicos é entendida como o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde, objetivando a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de portadores de doenças crônicas com adesão ao tratamento no serviço no período / ∑ de portadores de doenças crônicas programados para atendimento no serviço no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Consultório Médico no ato da visita; • Policlínica no ato da visita; • Clínica Ambulatorial Especializada no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	As doenças crônicas em geral estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades como: AIDS, diabetes mellitus, hipertensão, entre outras. Essas condições possuem uma alta prevalência, são multifatoriais, com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e para a sua abordagem ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias de profissionais das equipes de saúde, e exige o protagonismo dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade. Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas, sendo responsáveis por um grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava. O impacto econômico que as doenças crônicas não está relacionado somente com os gastos nos sistemas de saúde, como também as despesas geradas em função do absenteísmo, aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30

	milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2010). A falta de adesão ao tratamento pelo paciente pode ser considerada como um problema de saúde pública, variando de 15 a 93% para portadores de doenças crônicas, com média estimada de 50%, dependendo do método empregado para a medida (SANTA HELENA, 2007; SOUZA; GARNELO, 2008; BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008).
Referências	1. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual instrutivo. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica* (PMAQ). Brasília - DF 2013. 2. JL de Gusmão, D Mion Jr. Adesão ao tratamento. Conceitos. *Rev Bras Hipertens* vol, 2006. Acesso em jan. 2018. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Decio_Mion2/publication/257426044_Adesao_ao_Tratamento_-_o_grande_desafio_da_hipertensao/links/57d1ef0808ae601b39a20daa/Adesao-ao-Tratamento-o-grande-desafio-da-hipertensao.pdf> 3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 52 p.: il. ISBN 978-85-334-2415-9. 4. SANTA HELENA, E. T. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC. 2007. 101f. *Tese (Doutorado em Ciências*). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. 5. SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 91-99, 2008. Suplemento. 6. BLOCH, K. V; MELO, A. N; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, 2008.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial.

Nome	14. Taxa de adesão ao tratamento de terapia ocupacional
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia o percentual médio de adesão ao tratamento de terapia ocupacional dos pacientes atendidos no prestador de serviço de terapia ocupacional. A adesão ao tratamento terapêutico como uma situação em que o comportamento do paciente corresponde com as orientações dadas pelos profissionais de saúde; ou ainda, como uma participação ativa e de colaboração voluntária do paciente em comportamento aceito por mútuo acordo, a fim de produzir um resultado terapêutico ou preventivo desejado.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes atendidos com adesão ao tratamento de terapia ocupacional na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes em atendimento de terapia ocupacional na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Consultório Serviços de terapia ocupacional no ato da visita; • Policlínica no ato da visita; • Clínica Ambulatorial Especializada no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	A adesão às orientações propostas influencia o sucesso do tratamento da doença e é um processo multifatorial que se estabelece mediante parceria entre o profissional da saúde e o paciente, englobando diversos aspectos, que vão desde a frequência dos atendimentos até o desenvolvimento da consciência para o autocuidado e manutenção da busca de saúde, formando atitudes, hábitos e práticas alimentares saudáveis.
Referências	1. GRITTI C.C., PAULINO V.U., MARQUES L.H.N, CASTIGLIONI L., BIANCHIN MA. Desempenho ocupacional, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pacientes com epilepsia. *Rev Ter Ocup* Univ São Paulo. 2015 jan./abr.;26(1):93-101. 2. KUBOTA A. M. et al. Terapia ocupacional na abordagem de pessoas em tratamento por anorexia nervosa. Saúde (Santa Maria), v.39, n.2, p.2334, 2013. 3. SILVA, T.R. et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saúde soc. [online]. 2006, vol.15, n.3, pp.180-189. ISSN 0104-1290
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e

	Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	15. Taxa de adesão ao tratamento fonoterápico
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia o percentual médio de adesão ao tratamento fonoterápico dos pacientes atendidos no prestador de serviço de fonoaudiologia. A adesão ao tratamento fonoterápico definida como um comportamento complexo que inclui não só as características do paciente, como também do clínico e das estratégias de tratamento utilizadas pelo fonoaudiólogo.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com adesão ao tratamento fonoterápico na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes em atendimento fonoterápico na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Alguns estudos indicam que estimativas de adesão ao tratamento variam de 7% a 85% em relação às recomendações efetuadas pelos profissionais de saúde. Dados apontam que de 50 a 60% dos pacientes tendem a não seguir as orientações quando estas estão relacionadas a modificações em hábitos de saúde. Ao menos, quatro componentes importantes caracterizam a adesão: (a) as ações do paciente - que envolvem seu nível de conhecimento e habilidades; (b) a comunicação, pelo profissional, das ações que se espera que o paciente apresente em determinada condição ou contexto; (c) as características da doença, crônica ou aguda, que relaciona tempo e investimento dispensado a tratamentos específicos; e (d) as questões relacionadas à família, à rede de apoio social na qual o paciente está inserido, a estrutura dos serviços de saúde e políticas públicas de promoção e prevenção, que podem facilitar, ou dificultar, as respostas de adesão.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Consultório de Fonoaudiologia no ato da visita; • Policlínica no ato da visita; • Clínica Ambulatorial Especializada no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	A organização da maioria dos serviços de fonoaudiologia sustenta-se em acolhimento, avaliação e reabilitação. A disponibilidade desses serviços e a indicação da necessidade de fonoterapia por si só não garantem a adesão do paciente. A prática tem mostrado que uma parcela dos pacientes que procura atendimento fonoaudiológico, seja por meio de encaminhamentos de outros profissionais ou por demanda espontânea, não adere à terapia. Mesmo em vigência de sintomas vocais e de suas consequências negativas sobre a qualidade de vida, reconhece-se que a adesão à fonoterapia não é imediata, não sendo raro o abandono do tratamento. A fraca adesão aos tratamentos de longa duração é um fenômeno mundial, como se vê nos casos de doenças

	crônicas. Diversos fatores estão imbricados no comportamento de adesão e dizem respeito às características do profissional, ao tipo e à gravidade dos sintomas, à complexidade do tratamento, aos aspectos psicológicos, culturais e socioeconômicos dos pacientes. Nos países desenvolvidos, a adesão aos tratamentos de longa duração, na população geral, é em torno de 50%, valores superiores os observados em países em desenvolvimento. O abandono do tratamento pode atingir cerca de 65% dos pacientes.
Referências	1. VARANDAS, C.P.M.; CAMPOS, L.G.; MOTTA, A.R.. Adesão ao tratamento fonoaudiológico segundo a visão de ortodontistas e odontopediatras. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 13,n. 3, p. 233-239, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342008000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018. < http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342008000300006> 2. ARO, C.A.; VIANNA, N.G.; LIMA, M.C.M.P. Investigando a adesão ao atendimento fonoaudiológico no contexto da atenção básica. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 15,n. 5,p. 1316-1324, Oct. 2013. vailable from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000500029&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013000500029. 3. SANTOS, L. R. et al . Adesão das professoras disfônicas ao tratamento fonoterápico. **CoDAS**, São Paulo,v. 25, n. 2, p. 134-139, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822013000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000200008. 4. PARO C.A., VIANNA N.G., LIMA M.C.M.P. Investigando a adesão ao atendimento fonoaudiológico no contexto da atenção básica. *Revista CEFAC*. Out 2013; 15(5):1316-24.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	16. Taxa de adesão ao tratamento nutricional
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia o percentual médio de adesão ao tratamento nutricional dos pacientes atendidos no prestador de serviço de nutrição. A adesão ao tratamento nutricional como uma situação em que o comportamento do paciente corresponde com as orientações dadas pelos profissionais de saúde; ou ainda, como uma participação ativa e de colaboração voluntária do paciente em comportamento aceito por mútuo acordo, a fim de produzir um resultado terapêutico ou preventivo desejado.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com adesão ao tratamento nutricional na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes em atendimento nutricional na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Estima-se que cerca de 50% ou mais dos pacientes com doenças crônicas não seguem o tratamento adequadamente. O fenômeno da adesão e não adesão traz grande impacto na morbimortalidade de indivíduos que são acometidos por doenças crônicas.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Consultório de Serviços de Nutrição no ato da visita; • Policlínica no ato da visita; • Clínica Ambulatorial Especializada no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	As ações de educação nutricional têm lugar de destaque no tratamento de diversas doenças, como, por exemplo, das doenças cardiovasculares e pulmonares; e a adesão às orientações é imprescindível para que se obtenham os resultados esperados da educação alimentar. A adesão às orientações propostas influencia o sucesso do tratamento da doença e é um processo multifatorial que se estabelece mediante parceria entre o profissional da saúde e o paciente, englobando diversos aspectos, que vão desde a frequência dos atendimentos até o desenvolvimento da consciência para o autocuidado e manutenção da busca de saúde, formando atitudes, hábitos e práticas alimentares saudáveis. A baixa adesão ao tratamento contribui de forma importante para a falha na terapêutica nutricional, principalmente nas doenças infectocontagiosas e nas doenças crônicas. A evolução da Medicina, associada à adequada adesão ao tratamento, vem aumentando a sobrevida de crianças portadoras de doenças orgânicas crônicas, até a adolescência e a vida adulta. A adesão ao tratamento médico e nutricional pelos pacientes, na maioria das vezes, é considerada insatisfatória, principalmente em relação às condutas dietéticas, que levam a modificações importantes nos hábitos alimentares, e à

	irregularidade no esquema medicamentoso, associada ao custo e aos efeitos colaterais. A baixa adesão ao tratamento é um dos problemas mais importantes enfrentados pelos profissionais de saúde. A não adesão pode ocasionar desnecessário ajuste na terapêutica devido à falta de respostas positivas, frustração dos profissionais de saúde, já que os objetivos traçados não são alcançados, e, sobretudo, aumento de custos no cuidado à saúde com elevação das taxas de hospitalização e tratamento de complicações.
Referências	1. CALLEJON. Kátia Saunorins & PATERNEZ Ana Carolina Almada COLUCCI. *Adesão ao tratamento nutricional por pacientes atendidos na clínica de nutrição docente - assistencial da universidade municipal de SÃO CAETANO DO SUL (USCS)*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. v. 6, n. 17 (2008) 2. ESTRELA KCA, Alves ACC, GOMES TT, Isosaki M. *Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura*. Demetra. 2017; 12(1); 249-274. 3. MACHADO. I. at al. *Adesão ao tratamento nutricional de pacientes adultos atendidos em uma clínica de* SANTA MARIA – RS. Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 12, n. 1, p. 81-91, 2011. ISSN 2177-3335 4. CALDAS, Ana Caroline Silva et al. *Caracterização dos pacientes diabéticos atendidos no ambulatório de um hospital universitário/*.**Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 1, 2017.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	17. Taxa de adesão ao tratamento psicológico
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia o percentual médio de adesão ao tratamento psicológico dos pacientes atendidos no prestador de serviço de psicologia. A adesão ao tratamento psicológico, definida como um comportamento complexo que inclui não só as características do paciente, como também do clínico e das estratégias de tratamento utilizadas pelo psicólogo.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes com adesão ao tratamento psicológico na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes em atendimento psicológico na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Alguns estudos indicam que estimativas de adesão ao tratamento variam de 7% a 85% em relação às recomendações efetuadas pelos profissionais de saúde. Dados apontam que de 50 a 60% dos pacientes tendem a não seguir as orientações quando estas estão relacionadas a modificações em hábitos de saúde. Ao menos, quatro componentes importantes caracterizam a adesão: (a) as ações do paciente - que envolvem seu nível de conhecimento e habilidades; (b) a comunicação, pelo profissional, das ações que se espera que o paciente apresente em determinada condição ou contexto; (c) as características da doença, crônica ou aguda, que relaciona tempo e investimento dispensado a tratamentos específicos; e (d) as questões relacionadas à família, à rede de apoio social na qual o paciente está inserido, a estrutura dos serviços de saúde e políticas públicas de promoção e prevenção, que podem facilitar, ou dificultar, as respostas de adesão.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Consultório de Psicologia no ato da visita; • Policlínica no ato da visita; • Clínica Ambulatorial Especializada no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Condições psiquiátricas determinam importante prejuízo funcional, piora na qualidade de vida do indivíduo e um enorme custo social. Para que esses pacientes tenham uma melhora na qualidade de vida é preciso que entendam sua doença e ocorra a adesão ao tratamento. O vínculo terapêutico é uma importante ferramenta do psicólogo para que o paciente tenha uma boa adesão ao tratamento. Em geral, a não adesão ao tratamento envolve muitos comportamentos: relutância em procurar ajuda, rejeição a procedimentos utilizados pelo profissional, não cumprimento das orientações, uso inadequado de doses e de medicações não recomendadas pelo psiquiatra, entres outros.
Referências	1. MORAES, A.B.A.; ROLIM, G.S.; COSTA JR., A..Luiz. O processo de adesão numa

	perspectiva analítico comportamental. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 329-345, dez. 2009 . Acesso em 07 fev. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000200009&lng=pt&nrm=iso>. 2. SANTIN, A.; CERESER K.; ROSA A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica,* São Paulo, v. 32, p.105-109, suplemento 1. 3. CAVELAGNA, M.F. *Grupo de psicoeducação diretivo e não diretivo: impacto na adesão, conhecimento e qualidade de vida de portadores de transtorno afetivo bipolar*. Rio Preto, 2010. Dissertação de mestrado apresentada à escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo 4. CARDOSO, L., FRARI GALERA, S.A. *Adesão ao tratamento psicofarmacológico*. Acta Paulista de Enfermagem [en linea] 2006, 19 (Septiembre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 7 de febrero de 2018] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023807015>ISSN 0103-2100 5. MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli .[et al.]. 5 ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	18. Taxa de avaliação da limpeza e desinfecção terminal com métodos microbiológicos em conformidade
Domínio	EFICÁCIA (Prevenção Infecção).
Conceito	Avalia o processo em conformidade da limpeza terminal na instituição de saúde, com uso método microbiológico, para à detecção, contagem e caracterização de microorganismos que detectam resíduos de matéria orgânica (detritos alimentares, micro-organismos) oriundos de uma limpeza deficiente, e os resultados são obtidos em tempo real, indicando se a superfície está limpa ou não. Ex: método de ATP bioluminescência. Utilizada em pacientes portadores de pacientes portadores de microorganismos multirresistentes.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de testes microbiológicos realizados após a limpeza terminal em conformidade na instituição de saúde no período / ∑ de testes microbiológicos de limpeza terminal na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o índice avaliação da limpeza e desinfecção terminal com métodos microbiológicos em conformidade, melhor. As infecções relacionadas à assistência à saúde são as complicações mais comuns a acometerem pacientes hospitalizados. O controle da disseminação de microrganismos de importância epidemiológica é um componente importante para a segurança do paciente. Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração - programada. As programadas devem ser realizadas no período máximo de 15 dias quando em áreas críticas (YAMAUSHI et al., 2000; PREFEITURA, 2007). Em áreas semicríticas e não críticas o período máximo é de 30 dias.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviços de Limpeza no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita.
Relevância	Essencial para assistência e prevenção de infecção hospitalar.
Referências	1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2010. 116 p. 2. JERICÓ, M.C., PERROCA, M,G, & PENHA, V.C.. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Artigo Original 19(5):[08 telas] set.-out. 2011. 3. SANTOS, N.D.V. et. al. Avaliação da limpeza terminal em uma unidade para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes. *Rev. HCPA* 2013;33(1). 4. OLIVEIRA, T. & CANETTIER, A.C.V. Eficiência dos métodos microbiológicos e de ATP-bioluminescência na detecção da contaminação de diferentes superfícies. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*. 2010; 69(4):467-74.

Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	19. Taxa de desmame da atenção domiciliar
Domínio	EFICIENCIA (assistencial).
Conceito	Avalia o percentual médio de pacientes atendidos no domicilio pelo serviço que passaram pelo processo de processo de desmame da atenção domiciliar.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes em atendimento domiciliar em processo de desmame na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes em atendimento domiciliar na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o número de pacientes em desmame durante a atenção domiciliar, melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Atenção Domiciliar - *Home Care* no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	A assistência domiciliar vem sendo recorrentemente indicada para atender às necessidades de pessoas com doenças crônicas e dependentes e é defendida a partir de valores como o da convivência familiar e do afeto, bem como de uma presumida melhor qualidade de vida do paciente e, obviamente, da redução de custos relacionados ao leito hospitalar. Os objetivos do serviço de assistência domiciliar são: contribuir para a otimização dos leitos hospitalares; reduzir os custos da internação hospitalar; diminuir os riscos de infecção hospitalar; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral; melhorar a qualidade de vida do paciente; evitar reinternações; reinserir o paciente na sociedade; preservar a autonomia do paciente; estimular maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto. Vários pacientes são atendimentos em regime de atenção domiciliar com doenças neurológicas, doenças oncológicas, doenças endócrinas e ortopédicas, com pacientes com várias patologias que atuam concomitantemente no organismo, apresentado, assim, mais de um diagnóstico. O processo de desmame do paciente está diretamente relacionado à evolução do paciente, que poderá evoluir para alta do atendimento domiciliar, óbito e/ou reinternação hospitalar durante o período de assistência domiciliar e inclui: • Melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde como a atenção básica; • Agravo do quadro que justifique internação hospitalar; • Mudança da área de abrangência; • Piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos; • Inexistência de um cuidador, quando este for fundamental para manter o

	paciente em cuidados domiciliares; • Solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar; • Não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados, após tentativas de negociação/ repactuação entre equipe/família/cuidador/usuário com o objetivo de reconstruir vínculo; • Óbito.
Referências	1.CARNAUBA, C.M.D. et al . Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 352-362, maio 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300352&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jun. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 2 v. : il
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	20. Taxa de equipamentos médico-hospitalares de alta complexidade com manutenção preventiva
Domínio	EFICÁCIA (Segurança do Paciente).
Conceito	Avalia o percentual médio de equipamentos de Alta complexidade da instituição de saúde que passaram por manutenção preventiva de acordo com as recomendações do fabricante.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de equipamentos de alta complexidade que passaram por manutenção preventiva na instituição de saúde no período / ∑ de equipamentos de alta complexidade existentes na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior melhor o percentual de equipamentos de alta complexidade com manutenção preventiva, de acordo com as recomendações do fabricante.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Manutenção Predial e Equipamentos Eletromédicos no ato da visita; • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Equipamentos de Baixa complexidade: Classe cujos recursos humanos não precisam ser especializados e o treinamento é considerado bastante simples. Exemplos: berço aquecido, estufa, esfigmomanômetro. Equipamentos de média complexidade: Classe exige recursos humanos com formação básica e treinamento mais adequado. Exemplos: incubadora, centrífuga, monitor cardíaco, eletrocardiógrafo, etc. Equipamentos de alta complexidade: Classe de equipamentos que demandam técnicos qualificados e com treinamento técnico especializado, como ressonância magnética, tomógrafo, acelerador linear, ultrassom, equipamentos de litotripsia, etc. A manutenção preventiva de equipamentos implica em diversas ações que se encontram além da definição de apenas se encarregar, de consertar o que está quebrado, incluindo os momentos da manutenção de correção e estratégias de prevenção e um conjunto de práticas utilizadas para possibilitar um melhor desempenho dos equipamentos. Os equipamentos médico-assistenciais necessitam operar de forma segura e eficaz, entretanto, para atingir esse objetivo, constantemente devem ser considerados os diversos fatores que podem interferir em seu funcionamento. Um plano de manutenção deve contemplar não apenas manutenção preventiva e corretiva, mas atividades de busca ativa para detectar falhas potenciais e ocultas que não são identificadas pelos usuários, mas podem causar agravos ou morte aos

	pacientes ou usuários.
Referências	1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médicos assistenciais / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	21. Taxa de eventos adversos notificados ao NOTIVISA
Domínio	SEGURANÇA (Do paciente).
Conceito	Compreende as notificações ao NOTIVISA dos eventos adversos (EA) que objetivam reduzir riscos a saúde, que incluem EA relacionados: 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.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de eventos adversos notificados ao NOTIVISA na instituição de saúde no período / ∑ de eventos adversos ocorridos na instituição de saúde no período * 100 =%
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	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.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Consultório isolado Médico ou odontológico no ato da visita; • Policlínica no ato da visita; • Clínica Ambulatorial Especializada no ato da visita; • Clínica de Pronto Atendimento Ambulatorial no ato da visita; • Clínica de diagnóstico por métodos gráficos em cardiologia no ato da visita; • Clínica de diagnóstico por métodos gráficos neurologia no ato da visita; • Clínica de Endoscopia no ato da visita; • Clínica de litotripsia no ato da visita; • Clínica de Imagem Geral no ato da visita; • Clínica de radiologia convencional no ato da visita; • Clínica de Ultrassonografia no ato da visita; • Clínica de Tomografia no ato da visita; • Clínica de Ressonância Magnética Nuclear no ato da visita; • Clínica de Medicina Nuclear no ato da visita; • Clínica de fisioterapia; • Clínica de hemodinâmica; • Clínica de quimioterapia; • Clínica de radioterapia; • Serviço de Atenção Domiciliar - Home Care no ato da visita; • Serviço de Remoção no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eventos Adversos são incidentes que resultam em dano ao paciente. Os danos

	podem ser de vários tipos: incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) anualmente dezenas de milhares de pessoas sofrem danos desnecessários causados por serviços de saúde inseguros, consequentemente acarretando em prejuízos nos resultados clínicos e funcionais dos pacientes, insatisfação da população usuária e custos desnecessários para os serviços de saúde e o sistema.
Referências	1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde*. Brasília: ANVISA, 2017. 2. RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente*. Brasília, 2015. 4. BRASIL. *Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2016. 5. BICA TFS, WEGNER W, GERHARDT LM et al. Características dos incidentes de segurança. *Rev enferm* UFPE on line, Recife, 11(Supl. 10):4206-16, out., 2017
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	22. Taxa de guias eletrônicas de cobrança no Padrão TISS vigente na ANS
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional com Convênios).
Conceito	Avalia a proporção de guia TISS de cobrança em meio eletrônico de acordo com a quantidade de guias TISS enviadas para cobrança para as operadoras de planos de saúde.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de guias eletrônicas de cobradas no padrão TISS vigente na ANS na instituição de saúde no período / ∑ de guias cobradas de Convênio na instituição de saúde no período *100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o percentual de guias eletrônicas de cobrança no Padrão TISS vigente na ANS, melhor. Avalia a conformidade do relacionamento prestador de serviço de saúde com as operadoras de planos de saúde. Representa a quantidade de guias TISS eletrônicas cobradas pelo prestador de serviços de saúde na versão vigente publicada pela ANS.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração - seção de faturamento de contas médico assistenciais no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Adequação da rotina operacional do prestador de serviço de saúde para cobrança da atenção à saúde prestada aos beneficiários da Operadora.
Referências	1. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Fichas Técnicas e Nota técnica nº 34/DIDES - Indicadores do Fator de Qualidade.* Acesso em 18 dez. 2015. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/indicadores-e-nota.pdf.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	23. Taxa de internação de pacientes atendidos no pronto atendimento ambulatorial
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia os pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados atendidos por médicos no pronto atendimento ambulatorial encaminhados para atendimento em regime de internação em um serviço de saúde hospitalar.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ internações de pacientes triados no pronto atendimento ambulatorial no período / ∑ de pacientes triados no pronto atendimento ambulatorial no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o encaminhamento de pacientes atendidos no Pronto Atendimento Ambulatorial e encaminhados para internação, melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Ambulatório de Pronto Atendimento no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Uma proporção de internações hospitalares além do esperado pode refletir condições inadequadas de atendimento e até problemas no cuidado continuado que comprometam a resolubilidade da equipe no sentido de evitar internações por condições sensíveis à atenção básica. Resultados insatisfatórios nesse indicador (muitos encaminhamentos para internação) devem ser alvo do apoio institucional, promovendo uma autoanálise sobre a adequação do modelo ofertado e o comprometimento da resolubilidade da equipe, assim como do vínculo e confiança da população. O atendimento médico adequado aos pacientes com afecções de menor complexidade pode ocorrer em unidades de Pronto atendimento ambulatorial, mediante sistemas de triagem e classificação de riscos. Esses pacientes geralmente utilizam poucos recursos dos serviços de saúde e mais raramente necessitam de internação hospitalar, desafogando os serviços de pronto atendimento hospitalar, proporcionado ainda melhoria na qualidade assistencial e redução dos custos assistenciais para os sistemas de saúde.
	1.BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002 2. VIOLA, Dan Carai Maia et al . Unidades avançadas: medidas de qualidade no atendimento de urgência e emergência. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 12, n. 4, p. 492-498, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082014000400492&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014GS2894. 3. SILVA, Joselito Adriano da et al . Índice de Gravidade de Emergência: acurácia na classificação de risco. Einstein **(São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 421-427, Dec. 2017. Available from

	<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000400421&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082017ao3964. 4. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1583-6. 5. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo – Anexo, Ficha de qualificação dos indicadores. Ministério da Saúde. Brasília: 2012.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	24. Taxa de ocupação institucional do serviço ambulatorial
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional).
Conceito	Avalia a utilização de consultas, exames e procedimentos ambulatoriais realizados pelo prestador comparado a capacidade institucional: capacidade instalada do serviço x utilização da capacidade instalada.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de consultas ou sessões ou exames ou procedimentos realizados na instituição de saúde no período/ Capacidade instalada para consultas ou sessões ou exames ou procedimentos na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior o percentual de ocupação operacional do serviço ambulatorial, melhor para otimizar os recursos disponíveis no serviço.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Eficiência na gestão do serviço. Avalia o grau de utilização dos recursos disponíveis no serviço de saúde ambulatorial. Não deverá nunca ultrapassar 100%.
Referências	1. CQH. *Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH*. 2009. Edição: Ivomar Gomes Duarte. 1ª Edição. São Paulo/SP. Acesso em jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/3%20caderno%20de%20ind%20baixa-res%20(1).pdf> 2. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. *Rev. Observatório*. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. *Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002*. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília. 2002.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	25. Taxa de pacientes com melhora da dor, avaliados com escala de medição em assistência fisioterápica ambulatorial
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial)
Conceito	Monitora a melhora da dor de pacientes mediante aplicação de escala de medição durante a assistência fisioterápica ambulatorial na instituição. O resultado demonstra a assertividade da equipe na melhora da dor de pacientes em assistência fisioterápica ambulatorial.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes avaliados com escala de medição para avaliar a melhora da dor em assistência fisioterápica ambulatorial na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes atendidos na instituição de saúde com dor no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto mais alto o índice melhor. Segundo a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor foi oficialmente definida como uma "desagradável experiência sensorial e emocional associada a um dano atual ou potencial do tecido ou descrita em termos deste dano". A dor sofre variações até na maneira como o indivíduo a relata, pois há relacionamento com inúmeros fatores pessoais tais como: sexo, idade, personalidade, herança étnica/cultural, necessidades comportamentais e experiências dolorosas pregressas. Diante da subjetividade, complexidade e multidimensionalidade da experiência dolorosa, o primeiro desafio no combate à dor inicia-se na sua mensuração (Ciena, Pacini, Picanço, Loth, 2008). A dor pode ser fator limitante tanto para atividades de vida diária e envolve aspectos fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturaise sua mensuração se torna ampla e complexa (LIMA, Daiane Pereira et al 2016). A dor pode ser avaliada por meio de escalas unidimensionais e bidimensionais como a Escala de Dor Visual Analógica (EVA), Escala de Dor Visual Numérica (EVN), Escala de Dor de Faces (EF) com 6 faces, Inventário breve de dor (BPI); questionário McGill de Dor (MPQ) (MARTINEZ, MARQUES, 2011). A intensidade é a característica mais importante em termos de seguimento e se torna o parâmetro de melhora ou piora procurado por médicos e pacientes (MARTINEZ, GRASSI, MARQUES, 2011). As escalas de dor não conseguem mensurar com total precisão esse sintoma, devido à sua subjetividade e aos fatores que o influenciam, contudo representam uma alternativa segura para analisá-la, uma vez que essas escalas estão validadas e demonstram ser confiáveis. (Silva e Deliberato, P2009).
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Clínica ambulatorial, policlínicas com serviço de fisioterapia ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Mede a qualidade e eficiência assistencial dos serviços de fisioterapia.
Referências	1. CIENA AP, GATTO R, et al. Influência da intensidade da dor sobre as respostas

	nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2008;29(2):201-12. SILVA. F. C e DELIBERATO. P. C.P. Análise das escalas de dor: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano VII, nº 19, jan/mar 2009 2. MARTINEZ, J.E.; GRASSI, D.; MARQUES, L.G.. Analysis of the applicability of different pain questionnaires in three hospital settings: outpatient clinic, ward and emergency unit. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo , v. 51, n. 4, p. 304-308, Aug. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002. 3. LIMA, D.P. et al . Questionário para avaliação da dor musculoesquelética em praticantes de exercício (Q-ADOM). *Rev Bras Med Esporte*, São Paulo , v. 22, n. 5, p. 374-380, oct. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922016000500374&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220162205161347.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clínica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia com serviços de fisioterapia.

Nome	26. Taxa de pacientes portadores de doenças respiratórias com melhora, em assistência fisioterápica ambulatorial
Domínio	EFICIÊNCIA (Assistencial)
Conceito	Monitora a melhora de pacientes com problemas respiratórios, após a assistência fisioterápica ambulatorial na instituição. O resultado demonstra a assertividade da equipe na melhora da dor de pacientes em assistência fisioterápica respiratória ambulatorial.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes portadores de doenças respiratórias melhora, em assistência fisioterápica ambulatorial na instituição de saúde no período / ∑ de pacientes atendidos na instituição de saúde com doenças respiratórias no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto mais alto o índice melhor. A fisioterapia respiratória pode atuar tanto na prevenção quanto no tratamento das doenças respiratórias por meio de diversas técnicas e procedimentos terapêuticos. O objetivo é estabelecer ou restabelecer um padrão respiratório funcional para reduzir os gastos energéticos durante a ventilação, capacitando o indivíduo para realizar as atividades diárias sem grandes transtornos ou resultados negativos em seu organismo. As manobras de fisioterapia relacionadas aos cuidados respiratórios consistem em técnicas manuais, posturais e cinéticas dos componentes tóraco-abdominais que podem ser aplicadas isoladamente ou em associação de outras técnicas, em que de uma forma (Abreu, Valenti, Panzari, 2007). De acordo com cada patologia, bem como o quadro clínico apresentado, a fisioterapia atua, reeducando a respiração, higienizando as vias aéreas, reexpandindo os pulmões, treinando técnicas de conservação de energia, além de fortalecer músculos respiratórios e periféricos. Em situações em que o paciente necessita de POP/Unidade de Reabilitação/17/2016 Fisioterapia Pulmonar Ambulatorial Versão 1.0 Página 15 de 30 um cuidador, seja ele adulto ou criança, incluindo aqueles que precisam de aspiração traqueal, estes são orientados e acompanhados com tal procedimento (EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2016). O tratamento deve incluir avaliações repetidas do progresso em termos de sintomas, força muscular, performance ao exercício, atividade física na vida diária e autocuidado (incluindo a eficácia da higiene brônquica) para monitorização do progresso do tratamento (LANGER, D et al, 2009).
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Clínica ambulatorial, policlínicas com serviço de fisioterapia ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Mede a qualidade e eficiência assistencial dos serviços de fisioterapia.

Referências	1. ABREU, LC, at al.. Uma visão da prática da fisioterapia respiratória: ausência de evidência não é evidência de ausência. *Arq Med ABC*. 2007;32(2):76-8. 2. POP: Fisioterapia Pulmonar Ambulatorial – Unidade de Reabilitação do HC-UFTM - Uberaba: EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2016. 30p. 3. LANGER, D. et al . Guia para prática clínica: fisioterapia em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos , v. 13, n. 3, p. 183-204, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552009000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2018. Epub June 19, 2009. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552009005000034.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clínica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia com serviços de fisioterapia.

Nome	27. Taxa de protocolos básicos de suporte à vida implementados
Domínio	EFICIENCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o percentual de protocolos básicos de suporte à vida implementados, em conformidade com as diretrizes clínicas definidas pelo Ministério da Saúde e Sociedades Médicas no prestador de serviço de saúde.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de protocolos básicos de suporte à vida implementados no serviço de urgência móvel no período / ∑ de protocolos básicos de suporte à vida existentes no serviço de urgência móvel no período* 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o percentual de Protocolos Básicos de suporte à vida implementados, melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Remoção no ato da visita.
Relevância	Os profissionais que atuam nos serviços de remoção tanto em caráter de urgência e emergência, necessitam de treinamento específico, com base em protocolos assistenciais e diretrizes clínicas para o atendimento de vários eventos dentre eles: parto, parada cardiorrespiratória, crise convulsiva, politraumatizado, intoxicação, queimadura, dor no peito, hipoglicemia e muito mais. A variabilidade e imprevisibilidade, para uma resposta pronta, eficaz e no momento oportuno, exige que os profissionais que atuam nos serviços de emergência pré hospitalar precisem muito mais do que ambulâncias, materiais e equipamentos. A boa estruturação, uma gestão eficiente, educação permanente e ferramentas modernas de condução das ações e de apoio à tomada de decisão, podem auxiliar muito. O Ministério da Saúde tem efetivado ações que buscam o desenvolvimento institucional do SUS com intervenções tecnológicas, gerenciais e de capacitação por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADISUS) com a ajuda de importantes parceiros. Além da capacitação dos Profissionais é imprescindível o uso dos "Protocolos de Intervenção", contribuindo para uma melhor prática e consequentemente do alcance de melhores resultados de saúde. A elaboração de protocolos clínicos é internacionalmente reconhecida como uma ação efetiva para a melhoria de processos assistenciais e de gestão em saúde.
Referências	1. DANTAS, R.A.N. et al. Instrumento para avaliação da qualidade da assistência pré-hospitalar móvel de urgência: validação de conteúdo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 3, p. 380-386, 2015. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
Data de Inclusão	2018

Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	28. Taxa de protocolos médicos assistenciais implementados
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia a implantação de protocolos clínicos assistenciais e diagnósticos elaborados a partir de diretrizes para prática assistencial, incluindo: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT), Protocolos de Uso e Diretrizes Nacionais.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de protocolos médicos assistenciais implementados há mais de 4 meses na instituição de saúde no período / ∑ de protocolos assistenciais existentes na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Diminuição da variabilidade e maior padronização nas condutas. Discussão com equipe dos indicadores de resultados dos protocolos, diminuição da variabilidade entre os profissionais e revisão do protocolo a cada três anos.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde no ato da visita:** • Consultório Médico; • Policlínica; • Clínica Ambulatorial Especializada; • Clínica de Pronto Atendimento Ambulatorial; • Clínica de diagnóstico por métodos gráficos em cardiologia; • Clínica de diagnóstico por métodos gráficos neurologia; • Clínica de Endoscopia; • Clínica de litotripsia; • Clínica de Imagem Geral; • Clínica de Radiologia convencional; • Clínica de Ultrassonografia; • Clínica de Tomografia; • Clínica de Ressonância Magnética Nuclear; • Clínica de Medicina Nuclear; • Clínica de Hemodinâmica; • Clínica de Quimioterapia; • Clínica de Radioterapia; • Serviço de Atenção Domiciliar - *Home Care*.
Relevância	Qualificar a conduta dos profissionais a partir de evidências científicas que contribuam para melhorar a assistência ao paciente, incluindo os protocolos e diretrizes em um processo dinâmico de complementação e atualização contínua contribuindo para: • estabelecer critérios de diagnóstico das doenças; • definir o algoritmo de tratamento com os medicamentos e suas respectivas doses adequadas; • indicar mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e possíveis eventos adversos; • criar mecanismos para uma prescrição segura e eficaz, em

	conformidade com os aspectos éticos e o uso racional de medicamentos. A expansão da cultura da utilização de evidências científicas para balizar decisões de incorporação, desincorporação ou ampliação de uso de tecnologias; e a disseminação do uso de protocolos e diretrizes nos diversos serviços de saúde é estratégica para qualificar a oferta e gestão de ações e serviços de saúde disponibilizados para os usuários do sistema de saúde suplementar.
Referências	1. BRASIL. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde. Brasília, 2015. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: volume 3 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 604 p. : il. 3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. volume 2. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 596 p. : il. ISBN 978-85-334-2097-7. 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. volume 1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 5. CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no SUS. Protocolos e Diretrizes. 2016. Acesso em jan. 2018. Disponível em <http://conitec.gov.br/protocolos-e-diretrizes>
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	29. Taxa de protocolos odontológicos assistenciais implementados
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia a implantação de protocolos clínicos assistenciais odontológicos elaborados a partir de diretrizes para prática assistencial, incluindo: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), Protocolos de Uso e Diretrizes Nacionais.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de protocolos odontológicos assistenciais implementados há mais de 4 meses na instituição de saúde no período / ∑ de protocolos odontológicos assistenciais existentes na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita.
Interpretação	Quanto maior o resultado do indicador, melhor. Diminuição da variabilidade e maior padronização nas condutas. Discussão com equipe dos indicadores de resultados dos protocolos, diminuição da variabilidade entre os profissionais e revisão do protocolo a cada três anos.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Consultório isolado de odontologia; • Clínica ambulatorial de Odontologia no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Essencial para segurança na assistência.
Referências	1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17) ISBN 85-334-1228-2. 2. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenação de áreas técnicas área técnica de saúde bucal. Protocolo de atenção em saúde bucal de porto alegre organização da rede e fluxos de atendimento Organização Área Técnica de Saúde Bucal, 2014. 3. GAETTI-JARDIM. E., SETTI, J.S., CHEADE, M.F.M., MENDONÇA, J.C.G. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano 11, nº 35, jan/mar 2013.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui consultório isolado de odontologia e Clínica Ambulatorial de odontologia.

Nome	30. Taxa de reações adversas por uso de contraste em exames de imagem
Domínio	SEGURANÇA (Erro de medicação).
Conceito	Avalia a quantidade de pacientes que realizaram exames com uso de contrastes que desenvolveram reações adversas aos meios de contraste (MC) independente do mecanismo etiológico, grau de severidade e tempo decorrido após a administração do contraste.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de pacientes que realizaram exames com uso de contraste com reações adversas na instituição de saúde no período/ ∑ de pacientes que realizaram exames com uso de contraste na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o percentual de reações adversas por uso de contraste em exames de imagem, melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Clínica de Endoscopia no ato da visita; • Clínica de litotripsia no ato da visita; • Clínica de Imagem Geral no ato da visita; • Clínica de radiologia convencional no ato da visita; • Clínica de Ultrassonografia no ato da visita; • Clínica de Tomografia no ato da visita; • Clínica de Ressonância Magnética Nuclear no ato da visita; • Clínica de Medicina Nuclear no ato da visita; • Clínica de Hemodinâmica no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Reações adversas ao meio de contraste iodado são eventos que, não raro, ocorrem no cotidiano de trabalho nas unidades de imagenologia, apresentando-se desde formas leves até quadros ameaçadores à vida do paciente. Estudos internacionais indicam que esses eventos ocorrem entre 0,2 e 12,7% das injeções de contraste, dependendo do tipo e características da substância radiopaca empregada seja utilizado indiscriminadamente. Reações adversas (RA) ou efeitos indesejados decorrentes da administração de contraste iodado são geralmente classificadas, quanto à etiologia, em reações do tipo anafilactóide e reações quimiotóxicas. As reações anafilactóides, ou idiossincráticas, não dependem da dose de contraste administrada e assemelham-se às reações alérgicas, manifestando-se como urticária, coriza nasal, hipotensão com taquicardia, broncoespasmo, edema laríngeo e manifestações mais intensas como choque e insuficiência respiratória severa. Reações quimiotóxicas, ou não idiossincráticas, são dosedependentes e relacionam-se com as características físico-químicas do contraste, como a osmolalidade e ionicidade. Os sinais e sintomas podem incluir sensação de calor, náuseas e vômitos, arritmia cardíaca, hipertensão, insuficiência renal,

	convulsões, entre outros. Quanto ao grau de severidade, as reações são classificadas como leves, quando nenhuma terapia é necessária, cedendo espontaneamente; moderadas, quando a reação regride mediante intervenção medicamentosa, não necessitando hospitalização, e graves, quando requerem medidas de suporte à vida e internação hospitalar,4). As reações adversas são denominadas agudas quando ocorrem dentro de 30 minutos após a administração de contraste e tardias quando após 30 minutos até 7 dias. Fatores de risco associados à ocorrência de reações adversas ao contraste iodado são, entre outros, história prévia de reação adversa ao meio radiopaco, história de asma ou alergias, arritmias cardíacas, cardiopatia isquêmica, debilidade geral, comunicação prejudicada, ansiedade, insuficiência renal, extremos de idade e uso concomitante de alguns fármacos, tais como betabloqueadores, metformina e agentes nefrotóxicos (4-6). Os eventos adversos associados ao contraste iodado apresentam frequência que varia entre 2,2 e 12,7% com uso do meio iônico e entre 0,2 e 3,1% com o contraste não iônico.
Referências	1. UCHEM, B.C.; DALL'AGNOL, C.M. Immediate adverse reactions to intravenous iodinated contrast media in computed tomography. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 78-83, Feb. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Feb. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100012. 2. JUCHEM, B.C.; DALL'AGNOL, C.M.; MAGALHAES, A.M.M. Constraste iodado em tomografia computadorizada: prevenção de reações adversas. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 57, n. 1, p. 57-61, Feb. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Feb. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000100012. 3. RIBEIRO, M.R. *Incidência e fatores de risco de reações adversas a medicamentos em pacientes hospitalizados em clínicas de especialidades do Hospital da Clínicas da FMUSP*. São Paulo 2015. Dissertação de mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Alergia e Imunopatologia.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	31. Taxa de rejeição ou repetição de exames
Domínio	EFETIVIDADE (Operacional).
Conceito	Avalia o desempenho do serviço em relação aos exames realizados incluindo o desempenho do conjunto: equipamento, técnicos e processamento de imagem. Considera a média anual de exames repetidos no serviço, por falhas técnicas, operacionais.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de exames repetidos na instituição de saúde no período / ∑ de exames realizados na instituição de saúde no período * 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o percentual de rejeição ou repetição de exames, melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Clínica de diagnóstico por métodos gráficos em cardiologia no ato da visita; • Clínica de diagnóstico por métodos gráficos neurologia no ato da visita; • Clínica de Endoscopia no ato da visita; • Clínica de litotripsia no ato da visita; • Clínica de Imagem Geral no ato da visita; • Clínica de radiologia convencional no ato da visita; • Clínica de Ultrassonografia no ato da visita; • Clínica de Tomografia no ato da visita; • Clínica de Ressonância Magnética Nuclear no ato da visita; • Clínica de Medicina Nuclear no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Segundo estudos já desenvolvidos por outros pesquisadores, a qualidade da imagem e a dose de radiação em um exame radiográfico estão intimamente relacionadas com as características técnicas e as condições operacionais do aparelho de raios X, da revelação dos filmes, da combinação tela-filme, das técnicas radiográficas como tensão (kVp) e corrente (mAs) aplicadas ao tubo, ponto focal, posicionamento do paciente, distância foco-filme e objeto-filme, dos conhecimentos específicos do operador e das condições físicas do paciente, como os acamados, por exemplo (1,3). Um dos grandes indicadores do bom andamento de um departamento de imagem é a análise da taxa de rejeição ou repetição de radiografias. Os filmes ou imagens rejeitados são aqueles que não serviram ao diagnóstico e tiveram que ser repetidos, levando a A. B. 6 exposição adicional da paciente, do trabalhador e do ambiente. A análise de repetição de radiografias é um excelente instrumento para se medir e quantificar os resultados de um PGQ, além de ser um verdadeiro "termômetro" do bom funcionamento de um departamento de imagem diagnóstica. Os principais motivos de rejeição são: falhas na processadora (causa 7),

	movimento do paciente (causa 3), escolha de técnica de exposição errada (causa 10) e mau posicionamento da paciente (causa 4). Desse exemplo, pode-se concluir que se devem verificar as condições da processadora e verificar se os técnicos de radiologia estão treinados adequadamente tanto na escolha de técnicas de exposição quanto no posicionamento das pacientes. Um treinamento periódico dos técnicos reduz muito a repetição das mamografias. Portanto, a correta interpretação da imagem radiográfica é uma condição importante para o planejamento clínico e terapêutico, daí a qualidade da imagem desempenhar papel importante na precisão do processo diagnóstico. Quando a radiografia não se encontra dentro dos limites aceitáveis, ela deve ser repetida, o que aumenta a dose total de exposição recebida pelo paciente, causando também um impacto econômico sobre a instituição de saúde que realiza o exame. Muitos hospitais relatam que 20% das imagens em filmes se perdem (STRICKLAND, 2000). Isto resulta na repetição do exame ou na falta de informação do estado de saúde de um paciente. Exames de repetição desnecessários conduzem a exposição à radiação adicional, bem como desperdício de recursos: tempo, humano e monetário. • O tempo gasto para repetir exames ou encontrar um determinado exame poderá resultar na piora do estado clínico do paciente. Este fato poderá provocar reclamações dos pacientes e médicos, podendo prejudicar a reputação do hospital. Há ainda o tempo perdido pelos radiologistas produzindo películas ou procurando exames nos depósitos, enquanto eles poderiam estar realizando mais exames de imagem. • Uma imagem impressa não poderá estar disponível em várias locais simultaneamente. Desta forma, se um médico desejar uma segunda opinião, o mesmo deverá levar o exame até outro especialista. • Para determinar a evolução clínica de um paciente se faz necessário ter disponível tanto o exame atual quanto o anterior. No entanto, não é possível realizar esta comparação quando os exames de imagem anteriores não estão disponíveis (foram perdidos) ou apenas parcialmente disponíveis (nem todas as imagens foram impressas).
Referências	1. SILVA WC, MARQUES MA, NASCIMENTO AV. Estudo comparativo para avaliação das falhas técnicas em radiografias convencionais de tórax. Radiol Bras. 2013 Jan/Fev;46(1):39–42. 2. FURQUIM. T.A.C.. *Programas De Garantia De Qualidade Em Radiologia Geral* http://rle.dainf.ct.utfpr.edu.br/hipermidia/images/documentos/Programas_de_garantia_de_qualidade_em_mamografia.pdf.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	32. Taxa de rotatividade da equipe assistencial em serviço ambulatorial
Domínio	EFETIVIDADE (Recursos Humanos).
Conceito	A taxa de rotatividade da equipe assistencial do serviço de atendimento ambulatorial, compreendendo a relação entre todas as admissões (por aumento de quadro ou por substituições) somadas aos desligamentos (ocorridos de forma voluntária ou involuntária) e o total de efetivos (quadro de pessoal ativo), especificamente da equipe assistencial.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de admissões da equipe assistencial + ∑ de desligamentos da equipe assistencial da instituição de saúde no período / 2 x 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor a taxa de rotatividade da equipe assistencial em serviço ambulatorial, melhor. Avalia a relação porcentual entre a soma de admissões e desligamento da equipe assistencial dividido por dois, e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital. O índice de rotatividade de pessoal (*turnover*) é a relação entre todas as admissões (por aumento de quadro ou por substituições) somadas aos desligamentos (ocorridos de forma voluntária ou involuntária) e o total de efetivos (quadro de pessoal ativo) em um determinado período. Considerar a média anual do indicador somente dos recursos humanos do serviço com formação para atendimento na área assistencial, incluindo médicos, equipe de enfermagem, cirurgião dentista, técnicos e auxiliares. Não incluir médicos de clínicas de corpo clínico aberto.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração - Setor de Recursos Humanos no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	No setor saúde, a rotatividade pode comprometer o vínculo das equipes com a população, obstando o alcance dos resultados esperados para os serviços de saúde, já que, no modelo dessa estratégia, o foco da atenção está na família e na comunidade, em que se valoriza um vínculo estreito entre elas e os profissionais de saúde. A literatura científica considera que o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que exerce. Esta pode ser causada por qualquer um dos muitos aspectos que compõem o trabalho e podem ter reflexos negativos na qualidade da assistência prestada.
Referências	1. NOMURA, F.H.; GAIDZINSKI, R.R.. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 13, n. 5, p. 648-653, oct. 2005. 2. STANCATO. K. & ZILLI. P.T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. *RAS*. Vol. 12, No 47 – Abr-Jun, 2010. 3. PIERANTONI, C.R. et al . Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil.

	Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 39,n. 106, p. 637-647, Sept. 2015. 4. PAGNO MS, FAVERI F. Rotatividade da equipe de enfermagem: análise dos fatores relacionados. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde* [internet] 2014 [acesso em 2017 Jul 10]; 11(2):136-42. Disponível em: http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2061DOI: http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v11i2.2061.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	33. Taxa de rotatividade de recursos humanos em serviço ambulatorial
Domínio	EFETIVIDADE (Recursos Humanos).
Conceito	Relação porcentual entre a soma de admissões e desligamento dividido por dois, e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital. O índice de rotatividade de pessoal *(turnover)* é a relação entre todas as admissões (por aumento de quadro ou por substituições) somadas aos desligamentos (ocorridos de forma voluntária ou involuntária) e o total de efetivos (quadro de pessoal ativo) em um determinado período.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de admissões + ∑ desligamentos da instituição de saúde no período / 2 x 100 = %
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor a taxa de rotatividade de recursos humanos em serviço ambulatorial, melhor. Avalia a relação porcentual entre a soma de admissões e desligamento dividido por dois, e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital. O índice de rotatividade de pessoal (*turnover*) é a relação entre todas as admissões (por aumento de quadro ou por substituições) somadas aos desligamentos (ocorridos de forma voluntária ou involuntária) e o total de efetivos (quadro de pessoal ativo) em um determinado período. Não incluir os médicos em função assistencial. Não incluir médicos dos hospitais de corpo clínico aberto, que no modelo são considerados clientes. Não incluir as pessoas que trabalham menos de 20 horas semanais.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Setor de Administração - Setor de Recursos Humanos no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	De forma genérica, a rotatividade produz custos elevados de várias naturezas, tais como: de recrutamento e seleção para reposição de pessoal; de treinamento do recém-admitido; e de desligamento. Ademais, além dos custos diretos, a rotatividade gera impactos de tempo e de recursos que incluem perda de produtividade e de capital intelectual, e desmotivação das pessoas. No setor saúde, a rotatividade pode comprometer o vínculo das equipes com a população, obstando o alcance dos resultados esperados para os serviços de saúde, especialmente na ESF, já que, no modelo dessa estratégia, o foco da atenção está na família e na comunidade, em que se valoriza um vínculo estreito entre elas e os profissionais de saúde.
Referências	1. NOMURA, F.H.; GAIDZINSKI, R.R.. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 13, n. 5, p. 648-653, oct. 2005. 2. STANCATO. K. & ZILLI. P.T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. *RAS*. Vol. 12, No 47 – Abr-Jun, 2010.

	3. PIERANTONI, Celia Regina et al . Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 39,n. 106, p. 637-647, Sept. 2015. 4. PAGNO MS, FAVERI F. Rotatividade da equipe de enfermagem: análise dos fatores relacionados. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde* [internet] 2014 [acesso em 2017 Jul 10]; 11(2):136-42. Disponível em: http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2061DOI: http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v11i2.2061.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	34. Tempo de espera no atendimento de urgência ambulatorial
Domínio	ACESSO (do paciente).
Conceito	Por tratar-se de urgência ambulatorial, considerar o tempo médio (em minutos) para atendimento do paciente com quadro clínico de urgência/emergência (não agendado), desde a chegada à recepção e registro até o efetivo atendimento médico ou para realização de exames ou procedimentos.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** Tempo médio (minutos) da chegada do paciente em caráter de urgência (não agendado) na recepção e registro até o efetivo atendimento médico ou para realização de exames ou procedimentos na instituição de saúde no período = minutos
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o tempo de espera em minutos para o atendimento na urgência ambulatorial, melhor. O tempo de espera para atendimento em serviços de saúde ambulatoriais pode considerar como parâmetros a classificação de risco em 03 níveis: • Nível 1, emergente e necessita de avaliação médica imediata, pouco aplicável nas clínicas com atendimento exclusivamente ambulatoriais; • Nível 2, urgente e necessita de avaliação médica em até 30 minutos, aplicável nas clínicas com atendimento exclusivamente ambulatoriais; • Nível 3, não urgente, necessita de avaliação médica em até 120 minutos, totalmente aplicável às clínicas com atendimento exclusivamente ambulatoriais. Outra referência é o modelo de Manchester que utiliza 05 níveis de classificação de risco. Para o tempo de espera na urgência ambulatorial, são relevantes os seguintes níveis 4 e 5 como parâmetros: • Nível 4, pouco urgente e situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante, necessita de atendimento em até 60 minutos; • Nível 5, menos urgente ou não urgente, problemas clínico administrativos, necessita de avaliação médica em até 120 minutos.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Sala de recepção e registro de pacientes no ato da visitar • Ambulatório de Pronto Atendimento Ambulatorial; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Segurança na urgência e emergência. A redução do tempo de espera pode melhorar a qualidade da assistência, proporcionando mais prontamente o acesso ao diagnóstico e ao tratamento específico para o paciente.
Referências	1. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. ANS. BRASIL. *Acolhimento e classificação de risco*. v1 01. nov. 2012. Acesso em jan. 2015. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-01.pdf> ANS. Ficha Técnica – tempo de espera na urgência e emergência. 2012. Acesso em jan. 2018. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-02.pdf> 3. SILVA, Joselito Adriano da et al. Índice de Gravidade de Emergência: acurácia na classificação de risco. ***Einstein (São Paulo)***, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 421-427, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000400421&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082017ao3964. 4. 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.* Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1583-6
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	35. Tempo de espera no atendimento eletivo ambulatorial
Domínio	ACESSO (do paciente).
Conceito	Avalia o tempo médio transcorrido entre a chegada do paciente agendado no prestador de serviço de saúde e a avaliação do profissional de saúde para os casos eletivos, podendo adotar escalas para classificação do risco, de acordo com as normas e rotinas do serviço. Considerar o tempo médio (em minutos) para atendimento do paciente agendado, desde a chegada à recepção e registro até o efetivo atendimento médico ou para realização de exames ou procedimentos.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** Tempo médio (minutos) entre a chegada do paciente agendado na recepção e registro e efetivo atendimento médico ou para realização de exames ou procedimentos na instituição de saúde no período = minutos
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o tempo de espera em minutos para o atendimento eletivo ambulatorial, melhor. O tempo de espera para atendimento em serviços de saúde ambulatoriais pode considerar como parâmetros a classificação de risco em 03 níveis: • Nível 1 – emergente e necessita de avaliação médica imediata, pouco aplicável nas clínicas com atendimento exclusivamente ambulatoriais • Nível 2 – urgente e necessita de avaliação médica em até 30 minutos, aplicável nas clínicas com atendimento exclusivamente ambulatoriais • Nível 3 – não urgente, necessita de avaliação médica em até 120 minutos, totalmente aplicável às clínicas com atendimento exclusivamente ambulatoriais. Outra referência é o modelo de Manchester que utiliza 05 níveis de classificação de risco. Para o tempo de espera na urgência ambulatorial, são relevantes os seguintes níveis 4 e 5 como parâmetros: • Nível 4 – pouco urgente e situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante, necessita de atendimento em até 60 minutos; • Nível 5 – menos urgente ou não urgente, problemas clínico administrativos, necessita de avaliação médica em até 120 minutos
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Sala de recepção e registro de pacientes no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Segurança na urgência e emergência. A redução do tempo de espera pode melhorar a qualidade da assistência, proporcionando mais prontamente o acesso ao diagnóstico e ao tratamento específico para o paciente.

Referências	1. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. ANS. BRASIL. *Acolhimento e classificação de risco*. v1 01. nov. 2012. Acesso em jan. 2015. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-01.pdf> 3. ANS. Ficha Técnica – tempo de espera na urgência e emergência. 2012. Acesso em jan. 2018. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-02.pdf>
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	36. Tempo de espera para agendamento de consulta médica nas especialidades básicas
Domínio	ACESSO (do paciente).
Conceito	É o prazo de atendimento (em dias úteis) para agendar o atendimento/consulta nas especialidades médica básicas: Pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia ou geriatria. Considerar registros do tempo médio entre a ligação do usuário e a data do agendamento em que o usuário será atendido.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** Tempo médio (dias úteis) entre a data de ligação do paciente e o agendamento das consultas nas especialidades médica básicas na instituição de saúde no período = dias úteis
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Identifica a facilidade em agendar o atendimento/consulta nas especialidades básicas dos beneficiários da operadora no prestador de serviços de saúde credenciado das operadoras.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Sala de recepção e registro de pacientes no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Quanto maior o tempo para agendamento de consultas maior o volume de atendimento das especialidades básicas em unidades de serviços de saúde com Pronto Atendimento e Pronto Socorro, sobrecarregando esses serviços. Outro fator relevante refere-se a obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde quanto ao cumprimento de prazos para garantira de acesso dos beneficiários definidos pela ANS, podendo refletir ainda na necessidade de redimensionamento de rede assistencial das operadoras.
Referências	1. ANS. Resolução Normativa - RN Nº 268, de 1º de setembro de 2011. Altera a Resolução Normativa - RN nº 259,de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. 2. ANS. Resolução Normativa - RN Nº 259, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	37. Tempo de espera para agendamento de consulta médica nas especialidades não básicas
Domínio	ACESSO (do paciente).
Conceito	É o prazo de atendimento (em dias úteis) para agendar o atendimento/consulta nas especialidades médicas não básicas, compreendendo qualquer especialidade diferente de: Pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia ou geriatria. Considerar registros do tempo médio entre a ligação do usuário e a data do agendamento em que o usuário será atendido. Identificar a facilidade em agendar o atendimento/consulta nas especialidades não básicas.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** Tempo médio (dias úteis) entre a ligação do paciente e a data do agendamento de consultas nas especialidades médica não básicas na instituição de saúde no período = dias úteis
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Identifica a facilidade em agendar o atendimento/consulta nas especialidades não básicas dos beneficiários da operadora no prestador de serviços de saúde credenciado das operadoras.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Sala de recepção e registro de pacientes no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Quanto maior o tempo para agendamento de consultas maior o volume de atendimento das especialidades não básicas em unidades de serviços de saúde com Pronto Atendimento e Pronto Socorro, sobrecarregando esses serviços. Outro fator relevante refere-se a obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde quanto ao cumprimento de prazos para garantira de acesso dos beneficiários definidos pela ANS, podendo refletir ainda na necessidade de redimensionamento de rede assistencial das operadoras.
Referências	1. ANS. Resolução Normativa - RN Nº 268, de 1º de setembro de 2011. Altera a Resolução Normativa - RN nº 259,de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. 2. ANS. Resolução Normativa - RN Nº 259, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório

	Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	38. Tempo de espera para agendamento de consulta ou sessão com profissionais não médicos
Domínio	ACESSO (do paciente).
Conceito	É o prazo de atendimento (em dias úteis) para agendar o atendimento/consulta/sessão com os profissionais: fonoaudiólogo ou Nutricionista ou psicólogo ou Terapeuta Ocupacional ou Fisioterapia ou cirurgião dentista e a data de agendamento. Considerar registros do tempo médio entre a ligação do usuário e a data do agendamento em que o usuário será atendido. Identificar a facilidade em agendar o atendimento/consulta/sessão.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** Tempo médio (dias úteis) entre a data da ligação do paciente e o agendamento do atendimento/consulta/sessão fonoaudiólogo ou Nutricionista ou psicólogo ou TO ou Fisioterapia na instituição de saúde no período = dias úteis
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Identifica a facilidade em agendar o atendimento/consulta/sessão fonoaudiólogo ou Nutricionista ou psicólogo ou TO ou Fisioterapia dos beneficiários da operadora no prestador de serviços de saúde credenciado das operadoras.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Sala de recepção e registro de pacientes no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Quanto maior o tempo para agendamento de consultas maior o volume de atendimento das especialidades básicas em unidades de serviços de saúde com Pronto Atendimento e Pronto Socorro, sobrecarregando esses serviços. Outro fator relevante refere-se a obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde quanto ao cumprimento de prazos para garantira de acesso dos beneficiários definidos pela ANS, podendo refletir ainda na necessidade de redimensionamento de rede assistencial das operadoras.
Referências	1. ANS. *Resolução Normativa* Nº 268, de 1º de setembro de 2011. Altera a Resolução Normativa - RN nº 259,de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. 2. ANS. *Resolução Normativa Nº 259*, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.
Data de Inclusão	2018

Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	39. Tempo de espera para agendamento de serviços de diagnóstico ou terapias ambulatoriais
Domínio	ACESSO (do paciente).
Conceito	É o prazo de atendimento (em dias úteis) para agendar serviços de diagnóstico ou terapias ambulatoriais e a data de agendamento. Considerar registros do tempo médio entre a ligação do usuário e a data do agendamento em que o usuário será atendido. Identificar a facilidade em agendar o atendimento/consulta/sessão.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** Tempo médio (dias úteis) entre a data da ligação do paciente e a data do agendamento de serviços de diagnóstico ou terapias ambulatoriais na instituição de saúde no período = dias úteis
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Identifica a facilidade em agendar serviços de diagnóstico ou terapias ambulatoriais dos beneficiários da operadora no prestador de serviços de saúde credenciado das operadoras.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Sala de recepção e registro de pacientes no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Quanto maior o tempo para agendamento de consultas maior o volume de atendimento das especialidades básicas em unidades de serviços de saúde com Pronto Atendimento e Pronto Socorro, sobrecarregando esses serviços. Outro fator relevante refere-se a obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde quanto ao cumprimento de prazos para garantira de acesso dos beneficiários definidos pela ANS, podendo refletir ainda na necessidade de redimensionamento de rede assistencial das operadoras.
Referências	1. ANS. *Resolução Normativa Nº 268*, de 1º de setembro de 2011. Altera a Resolução Normativa - RN nº 259,de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. 2. ANS. *Resolução Normativa Nº 259*, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Consultório Isolado, Clínica Ambulatorial, Clínica Ambulatorial de Diagnóstico e Terapia e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	40. Tempo de resposta para admissão do paciente para atenção domiciliar
Domínio	EFICIENCIA (assistencial).
Conceito	Avalia o tempo de resposta do serviço de atenção domiciliar entre a solicitação do serviço, até o efetivo atendimento do paciente em domicílio pelo serviço de atenção domiciliar.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** ∑ de tempo de espera (em horas) para o atendimento inicial dos pacientes admitidos no serviço de atenção domiciliar no período / ∑ de pacientes com solicitação de atendimentos no serviço de atenção domiciliar no período = horas
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto maior Taxa de alta da Atenção Domiciliar, melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Atenção Domiciliar - *Home Care* no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	A definição dos protocolos assistenciais atrelados à existência de princípios, diretrizes e parâmetros partilhados entre todos os pontos de atenção domiciliar com condutas e protocolos que contenham critérios de admissão, de classificação da complexidade do quadro e da programação do projeto terapêutico, agilizam o tempo de resposta para admissão do paciente na atenção domiciliar para que ocorra a garantia da transferência de cuidados, respeitando-se as linhas de atenção integral à saúde. Para que isso seja possível, todos os usuários que ingressam no SAD devem ter seu risco e vulnerabilidade avaliados, com o objetivo de melhor organizar o processo de trabalho da equipe e as ações de acordo com os níveis de complexidade e promover atendimento em tempo hábil segundo as necessidades dos pacientes, facilitando o acesso ao serviço.
Referências	1. CARNAUBA, C.M.D. et al . Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20,n. 3, p. 352-362, maio 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300352&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jun. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 2 v. : il
Data de Inclusão	2018

Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	41. Tempo médio de permanência no pronto atendimento ambulatorial
Domínio	EFETIVIDADE (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo gasto (em minutos) para o atendimento do paciente no pronto atendimento ambulatorial, incluindo o acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados, com complexidade compatível com este nível de assistência ambulatorial. O tempo gasto inclui ainda pacientes com necessidade de permanência em observação, realização de procedimentos ambulatoriais como nebulizações, infusões e/ou medicações parenterais, etc.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** Média (em minutos) do tempo que os pacientes dispenderam desde o momento de sua chegada até a alta do pronto atendimento ambulatorial no período = minutos
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o tempo médio de permanência no pronto atendimento ambulatorial, melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Ambulatório de Pronto Atendimento no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Pacientes acometidos por doenças agudas ou doenças crônicas agudizadas necessitam de atendimento e acolhimento nas unidades de pronto atendimento ambulatorial que possibilitam que o paciente tenha um prontuário e sua história pregressa e atual conhecidas, possibilitando um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa do serviço. Quando estes pacientes não são acolhidos nestes serviços e recorrem a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, com vínculo temporário com serviço, e, frequentemente, prescrevem medicamentos de alto custo e oneram os custos assistenciais.
Referências	1. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002 2. VIOLA, Dan Carai Maia et al . Unidades avançadas: medidas de qualidade no atendimento de urgência e emergência. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 12, n. 4, p. 492-498, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082014000400492&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014GS2894 3. SILVA, J.A. et al . Índice de Gravidade de Emergência: acurácia na classificação de risco. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 421-427, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000400421&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018.

	http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082017ao3964. 4. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. ISBN 978-85-334-1583-6
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial, Clínica e Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	42. Tempo médio de resposta das remoções eletivas
Domínio	EFICIENCIA (assistencial).
Conceito	Avalia o tempo médio (em minutos) de resposta para a remoção do paciente para os casos de remoções eletivas, considerando a hora de recepção de chamada a até a chegada ao lugar do ocorrido da equipe do serviço remoção.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** Tempo médio transcorrido (em minutos) desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação do serviço nos casos eletivos de remoção no período / ∑ de pacientes atendidos pelo serviço remoção nos casos eletivos de remoção no período = minutos
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o tempo médio de resposta para as remoções em caráter eletivo, melhor.
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Remoção no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Medir o desempenho dos serviços de remoção possibilita avaliar como estão sendo utilizados os recurso e qual o impacto dessa utilização para a sobrevivência dos pacientes. Nos Sistemas de Atendimento de Emergência, de forma geral, o tempo médio de resposta ao usuário é de fundamental importância, pois a demora no atendimento pode implicar em prejuízos e sequelas importantes para os usuários. Os atendimentos de remoção eletivos consiste nas situações em que a o paciente apresenta um quadro menos preocupantes, sem que apresentem risco à vida (como, lombalgias, febres, dores de cabeça, entre outros) ou para atendimentos agendados de remoção de pacientes. Esses chamados são caracterizados principalmente pelo transporte de pacientes (de hospital para hospital, de casa para hospital ou vice-versa). No presente estudo, esses atendimentos de remoção não foram considerados nas análises por, em geral, não se tratarem de serviços emergenciais.
Referências	1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Seminário da Política Nacional de Atenção Integral às Urgências. Qualidade nos Serviços de Urgência. Alguns Indicadores*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Urgência/Emergência. César Roberto Braga Macedo Consultor do CGUE/DAE/SAS/ MS Outubro de 2003. Acesso em jan. 2018. Disponível em <file:///F:/2018%20UNIPLUS%20sistematizado%205%20ED/BIBLIOGRAFIA%205%20ED/remoção/qualidadeservicosurgencia%20%20INDICADORES.pdf>. 2. CICONET, R.M. Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de

	urgência. 122f. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2015. 3. MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, Aug. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800016&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800016. 4. SOUZA, Regiane Máximo de et al . Análise da configuração de SAMU utilizando múltiplas alternativas de localização de ambulâncias. Gest. Prod., São Carlos, v. 20, n. 2, p. 287-302, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2013000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-530X2013000200004.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.

Nome	43. Tempo médio de resposta para remoções de urgência e emergência
Domínio	EFICIENCIA (Assistencial).
Conceito	Avalia o tempo transcorrido (em minutos) desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação, até a chegada ao lugar do ocorrido da equipe do serviço remoção nos casos de urgência e emergência.
Método de Cálculo	(**) **Indicador da instituição de saúde:** Tempo médio transcorrido (em minutos) desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação do serviço nos casos de urgência e emergência / ∑ de pacientes atendidos pelo serviço remoção nos casos de urgência e emergência no serviço de saúde no período = minutos
Apuração dos Dados	• Ato da visita; • Monitoramento anual – Ficha de Monitoramento de Indicadores do UNIPLUS.
Interpretação	Quanto menor o tempo médio de resposta para remoções de urgência e emergência, melhor. Considera o tempo médio dos casos incluídos para o cálculo do indicador, levando em conta todos os motivos de assistência que tenham gerado ativação de uma unidade de suporte básico ou avançado, e que tenham hora de chamada e status de chegada ao local (informação por rádio).
Fonte de Dados	(**) **Indicador avaliado da instituição de saúde:** • Serviço de Remoção no ato da visita; • Ficha de Monitoramento anual dos Indicadores do UNIPLUS.
Relevância	Medir o desempenho dos serviços de remoção possibilita avaliar como estão sendo utilizados os recurso e qual o impacto dessa utilização para a sobrevivência dos pacientes.
Referências	1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Seminário da Política Nacional de Atenção Integral às Urgências. Qualidade nos Serviços de Urgência. Alguns Indicadores*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Urgência/Emergência. César Roberto Braga Macedo Consultor do CGUE/DAE/SAS/ MS Outubro de 2003. Acesso em jan. 2018. Disponível em <file:///F:/2018%20UNIPLUS%20sistematizado%205%20ED/BIBLIOGRAFIA%205%20ED/remoção/qualidadeservicosurgencia%20%20INDICADORES.pdf> 2. CICONET, R.M. Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência. 122f. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2015.
Data de Inclusão	2018
Categoria do Prestador	Clinica da categoria de atendimento ambulatorial, que inclui Clínica Ambulatorial de Serviço de Apoio.