



**COMPLEXO DE DOENÇAS
INFECTOCONTAGIOSAS**
DR. CLEMENTINO FRAGA



NÚCLEO DE QUALIDADE E
SEGURANÇA DO PACIENTE

MANUAL DE INDICADORES DE SAÚDE

Qualidade e Segurança do Paciente

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**COMPLEXO DE DOENÇAS
INFECTOCONTAGIOSAS**
DR. CLEMENTINO FRAGA



NÚCLEO DE QUALIDADE E
SEGURANÇA DO PACIENTE

MANUAL DE INDICADORES DE SAÚDE

Qualidade e Segurança do Paciente

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Complexo de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga-CCF

MANUAL DE INDICADORES DE SAÚDE
Qualidade e Segurança do Paciente

NQSP

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Edição

1ª edição - 2025

Autores

Kariny Gardênya Barbosa Lisbôa de Mélo
Rebeca Rocha Carneiro
Jaylane da Silva Santos
Brenda Alencar da Silva
Rênison Guedes Evangelista
Ana Flávia Souza Ribeiro

Revisão

Daniela Carla Lamenha de Albuquerque
Rebecca de Brito Ribeiro de Moraes Andrade
Camilla Alves Guedes

Direção Geral

Karine Garcia de Sousa Bezerra

Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Kariny Gardênya Barbosa Lisbôa de Mélo

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Manual de indicadores de saúde [livro eletrônico] :
qualidade e segurança do paciente / Kariny
Gardênya Barbosa Lisbôa de Mélo...[et al.].
-- João Pessoa, PB : Ed. dos Autores, 2025.
PDF

Outros autores: Rebeca Rocha Carneiro, Jaylane
da Silva Santos, Brenda Alencar da Silva, Rênison
Guedes Evangelista, Ana Flávia Souza Ribeiro.
Bibliografia.
ISBN 978-65-01-67026-3

1. Indicadores de saúde - Brasil 2. Saúde pública
3. Segurança do paciente I. Mélo, Kariny Gardênya
Barbosa Lisbôa de. II. Carneiro, Rebeca Rocha.
III. Santos, Jaylane da Silva. IV. Silva, Brenda
Alencar da. V. Evangelista, Rênison Guedes.
VI. Ribeiro, Ana Flávia Souza.

25-298687.0

CDD-362.1068

Índices para catálogo sistemático:

1. Indicadores de saúde : Gestão de saúde :
Bem-estar social 362.1068

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Complexo de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga-CCF

É vedada a reprodução deste conteúdo, no todo ou em partes, por quaisquer meios, incluindo cópias reprográficas, fotografias, impressões gráficas, microfilmagens ou similares. Essa restrição também se estende ao projeto gráfico e aos elementos editoriais da obra.

O uso indevido ou a violação dos direitos autorais está sujeito a sanções previstas na legislação brasileira, configurando crime conforme o artigo 184 do Código Penal e demais dispositivos legais correlatos (Lei nº 9.610/98 – artigos 122, 123, 124 e 126; e Lei nº 9.895/80), podendo resultar em medidas judiciais como busca e apreensão, além de indenizações.

As ideias e textos apresentados nesta publicação são de responsabilidade exclusiva dos respectivos autores.

APRESENTAÇÃO

Este manual foi desenvolvido para os gestores, profissionais de saúde e colaboradores do Complexo Clementino Fraga, com o objetivo de fornecer um guia abrangente e padronizado para a coleta, análise e interpretação de indicadores de saúde focados na qualidade e segurança do paciente. Reconhecemos a importância de dados precisos e consistentes para a tomada de decisão informada, o planejamento estratégico e a melhoria contínua dos serviços prestados.

Acreditamos que este manual será uma ferramenta essencial para a promoção de uma cultura de segurança, a redução de riscos assistenciais e a garantia de um cuidado de excelência aos nossos pacientes. Ao uniformizar os conceitos e as definições, pretendemos minimizar a ocorrência de vieses na coleta e interpretação das informações, assegurando a confiabilidade dos dados e a validade dos indicadores.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BPAI's	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CCF	Complexo Clementino Fraga
CCIRAS	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
CDI	Centro de Diagnóstico por Imagem
CVC	Cateter Venoso Central
CVD	Cateter Vesical de Demora
DDD	Dose Diária Definida
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
ITU	Infecção do Trato Urinário
IPCS	Infecção Primária de Corrente Sanguínea
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PAV	Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TER	Teste de Respiração Espontânea
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2.OBJETIVOS	12
3.PÚBLICOALVO	13
4.COMO USAR ESTE MANUAL.....	13
5.ORIENTAÇÕES E CONCEITOS FUNDAMENTAIS.....	13
5.1. O QUE SÃO INDICADORES DE SAÚDE.....	13
5.2 AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH).....	13
5.3 INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	14
5.4 DIA HOSPITALAR.....	14
5.4.1 Hospital dia.....	14
5.4.2 Internação clínica.....	15
5.5 CLASSIFICAÇÃO DE LEITOS.....	15
5.5.1 Leito planejado.....	15
5.5.2 Leito instalado.....	15
5.5.3 Leito operacional.....	15
5.5.4 Leito bloqueado.....	15
5.5.5 Leito transitório.....	15
5.5.6 Leito de internação.....	16
5.5.7 Capacidade hospitalar instalada.....	16
5.5.8 Capacidade hospitalar operacional.....	16
5.6 MOVIMENTO DE PACIENTE.....	16
5.6.1 Alta hospitalar.....	16
5.4.2 Saídas hospitalares.....	16
5.6.3 Paciente/dia.....	16
5.4.4 Paciente Adulto.....	16
6. TIPOS DE INDICADORES DE SAÚDE.....	17
6.1 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE INDICADORES.....	17
6. 2. MÉTODO DE MONITORAMENTO.....	17
6.2.1 Fontes de dados.....	17
6.2.2. Ferramentas de coleta de dados.....	18

6.2.3. Frequência de coleta.....	18
6.3 METODOLOGIA DE CÁLCULO.....	18
6.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	19
6.5 FICHA DE INDICADORES.....	19
6.5.1 Estrutura da ficha do indicador.....	19
6.6 AÇÕES CORRETIVAS E MELHORIA CONTÍNUA.....	20

CAPÍTULO 1- INDICADORES ASSISTENCIAIS

7. INDICADORES DE SAÚDE RECOMENDADOS.....	22
7.1 CONSTRUÇÃO, MONITORAMENTO E MENSURAÇÃO DE INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	22
7.2 INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	22
7.2.1 Taxa de identificação correta do paciente.....	22
7.2.2- Taxa de eventos adversos relacionados à falha no processo de comunicação.....	23
7.2.3- Taxa de erro na prescrição medicamentos.....	24
7.2.4- Taxa de erro na dispensação de medicamentos.....	25
7.2.5 - Taxa de erro na administração de medicamentos.....	26
7.2.6- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.....	27
7.2.7 -Taxa de quedas de pacientes.....	28
7.2.8- Densidade de incidência de lesão por pressão.....	29
7.2.9 - Proporção de pacientes com avaliação de risco de lesão por pressão realizada na admissão	30
7.2.10 Taxa de evasão.....	31
7.3 INDICADORES DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS).....	32
7.3.1- Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (IPCSXCVC).....	32
7.3.2- Densidade de incidência de infecção do trato urinário associado ao cateter vesical de demora (ITU X CVD).....	33
7.3.3- Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV).....	34
7.3.4- Consumo de sabonete líquido e preparação alcoólica para higiene das mãos.....	35
7.3.5- Dose Diária Definida (DDD) - antimicrobianos/grupos de antimicrobianos.....	36
7.4 INDICADORES DOS SETORES DE INTERNAÇÃO.....	37
7.4.1 Taxa de ocupação institucional.....	37
7.4.2 Tempo médio de permanência.....	38

7.4.3 Índice de intervalo de substituição.....	39
7.4.4 Taxa de mortalidade.....	40
7.5 INDICADORES DO PRONTO ATENDIMENTO.....	41
7.5.1 Tempo médio para tomada de decisões.....	41
7.5.2 Tempo de espera para atendimento médico por risco (vermelho).....	42
7.5.3 Tempo de espera para atendimento médico por risco (laranja).....	43
7.5.4 Tempo de espera para atendimento médico por risco (amarelo).....	44
7.5.5 Tempo de espera para atendimento médico por risco (verde).....	45
7.5.6 Tempo de espera para atendimento médico por risco (azul).....	46
7.6 INDICADORES DO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGENS (CDI).....	47
7.6.1 Taxa de absenteísmo dos exames de diagnóstico e imagem.....	47
7.6.2 Taxa de suspensão de exames por imagem.....	48
7.6.3 Tempo médio de resposta à disponibilização dos laudos dos exames de diagnósticos e imagem – PA.....	49
7.6.4 Tempo médio de resposta à disponibilização dos laudos dos exames de diagnósticos e imagem-Internação.....	50
7.6.5 Tempo médio de resposta à disponibilização dos laudos dos exames de diagnósticos e imagem – PA.....	51
7.7 INDICADOR DE DESEMPENHO DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICA.....	52
7.7.1 Tempo médio de reposta aos resultados dos exames laboratoriais para o pronto Atendimento (PA).....	52
7.7.2 Tempo médio de reposta aos resultados dos exames laboratoriais para a internação.....	53
7.7.3 Tempo médio de reposta aos resultados dos exames laboratoriais para o ambulatório....	54
8. INDICADORES MULTIPROFISSIONAL DO CCF.....	55
8.1 INDICADOR DE DESEMPENHO DA FISIOTERAPIA.....	55
8.1.1 Taxa de pacientes avaliados nas primeiras 24h da admissão.....	55
8.1.2 Percentual de interrupção total de oxigenoterapia nas enfermarias.....	56
8.1.3 Taxa de pacientes intubados que realizaram teste de respiração espontânea (TER).....	57
8.2 INDICADOR DE DESEMPENHO DO SERVIÇO SOCIAL.....	58
8.2.1 Taxa de evasão/desistência de tratamento.....	58
8.2.2 Taxa de pacientes/responsáveis com entrevista social nas primeiras 24h da admissão....	59
8.3 INDICADOR DE DESEMPENHO NA NUTRIÇÃO.....	60
8.3.1 Percentual de avaliação nutricional nas primeiras 24 horas de internação.....	60

8.3.2 Percentual de pacientes com déficit nutricional.....	61
8.4 INDICADOR DE DESEMPENHO DA ODONTOLOGIA.....	62
8.4.1 Proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos preventivos e curativos realizados.....	62
8.5 INDICADOR DE DESEMPENHO DA PSICOLOGIA.....	63
8.5.1 Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio.....	63
8.5.2 Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda).....	64
8.6 INDICADOR DE DESEMPENHO DA FONOAUDIOLOGIA.....	65
8.6.1 Taxa de decanulados.....	65
8.6.2 Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração.....	66

CAPÍTULO 2- INDICADORES ADMINISTRATIVOS

9. INDICADORES ADMINISTRATIVOS RECOMENDADOS.....	68
9.1 INDICADORES DE DESEMPENHO DO SETOR DE AGENDAMENTO.....	68
9.1.1 Taxa de ocupação da agenda de consultas.....	68
9.1.2 Taxa de ocupação da agenda de exames.....	69
9.2 INDICADORES DE DESEMPENHO DO SETOR DE FATURAMENTO.....	70
9.2.1 Taxa de boletim de produção ambulatorial individualizado (BPAI's) recusadas para Secretaria Estadual de Saúde (SES).....	70
9.2.2 Taxa de glosa sobre faturamento dos serviços habilitados apresentados para cobrança do SUS.....	71
9.3. INDICADORES DE DESEMPENHO DA COMISSÃO DE ÓBITO.....	72
9.3.1 Taxa de revisão de prontuários pela comissão de óbito.....	72
9.3.2 Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento.....	73
9.4. INDICADORES DE DESEMPENHO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (NEP).....	74
9.4.1 Percentual de atividades de educação permanente.....	74
9.5. INDICADORES DE DESEMPENHO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR).....	75
9.5.1 Tempo médio de espera para realizar a internação de pacientes do pronto atendimento..	75
9.5.2 Índice de intervalo de substituição.....	76
9.5.3 Taxa de mortalidade institucional.....	77
9.5.4 Tempo médio de permanência institucional.....	78
9.5.5 Taxa de ocupação na instituição.....	79

12.6 Taxa de internação oriunda da urgência.....	80
9.6. INDICADORES DE DESEMPENHO DA OUVIDORIA.....	81
9.6.1 Taxa de resolubilidade da ouvidoria.....	81
9.7. INDICADORES DE DESEMPENHO DO SETOR DE RECURSOS HUMANOS.....	82
9.7.1 Capacitação/ especialização dos gestores.....	82
9.7.2 Relação pessoal/leito	83
9.7.3 Taxa de rotatividade do pessoal (<i>Turn over</i>)	84
9.7.4 Taxa de absenteísmo.....	85
9.7.5 Taxa de colaboradores Assistenciais com especialização.....	86
9.8 INDICADOR DO SERVIÇO DE SEGURANÇA DO TRABALHO.....	87
9.8.1 Taxa de acidente de trabalho.....	87
13. PRÓXIMOS PASSOS.....	88
REFERÊNCIAS	89

1. INTRODUÇÃO

A gestão em saúde constitui uma função essencial do processo administrativo, voltada para a otimização das demandas por cuidados assistenciais e melhoria contínua. Por meio da aplicação objetiva de instrumentos gerenciais, é possível realizar uma adequada planificação, tomar decisões fundamentadas e promover uma gestão eficiente e oportuna (Miranda et al., 2022).

Nesse cenário, os indicadores hospitalares emergem como ferramentas estratégicas indispensáveis para a análise e interpretação de grandes volumes de dados relacionados ao desempenho das instituições de saúde. Eles permitem avaliar, medir, controlar e acompanhar os avanços nos processos assistenciais e administrativos, além de subsidiar a formulação de estratégias mais eficazes. Quando utilizados de forma sistemática, esses indicadores contribuem significativamente para o aumento da produtividade, a melhoria contínua da qualidade do atendimento e a racionalização dos recursos disponíveis (Vieira; Detoni & Braum, 2006).

Com base em critérios como relevância, confiabilidade, validade e capacidade de mensuração, foi estabelecido um conjunto de indicadores de desempenho que compõem o sistema de monitoramento e avaliação das unidades sanitárias. Esses indicadores não apenas refletem o estado atual dos serviços prestados, como também orientam intervenções gerenciais voltadas à excelência na atenção à saúde.

2. OBJETIVOS

- Estabelecer um conjunto de indicadores de saúde relevantes e alinhados às melhores práticas em qualidade e segurança do paciente.
- Padronizar os conceitos e definições dos indicadores, em consonância com as diretrizes dos órgãos reguladores e das sociedades científicas.
- Orientar os profissionais na coleta, registro e análise dos dados, garantindo a precisão e a consistência das informações.
- Fornecer aos gestores e líderes informações claras e objetivas para a tomada de decisão e o planejamento de ações de melhoria.
- Promover a cultura de segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade dos serviços.
- Disponibilizar relatórios gerenciais precisos para avaliação do desempenho institucional e o cumprimento de metas.
- Atender aos requisitos de acreditação e certificação de qualidade.

3. PÚBLICO-ALVO:

- Gestores e líderes das áreas assistenciais e administrativas.
- Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistente social, entre outros.).
- Equipes de qualidade e segurança do paciente.
- Colaboradores envolvidos na coleta e registro de dados.
- Analistas de dados e responsáveis pela elaboração de relatórios.

4. COMO USAR ESTE MANUAL

Este manual está organizado em seções que abordam desde os conceitos básicos sobre indicadores de saúde até as definições específicas de cada indicador recomendado. Recomendamos que todos os usuários leiam atentamente as seções introdutórias para compreender os princípios e as metodologias utilizadas. Em seguida, consultem as seções específicas dos indicadores de interesse para obter informações detalhadas sobre a coleta, o cálculo e a interpretação dos dados.

5. ORIENTAÇÕES E CONCEITOS FUNDAMENTAIS

5.1. O QUE SÃO INDICADORES DE SAÚDE?

Indicadores de saúde são medidas quantitativas ou qualitativas que descrevem e avaliam aspectos relevantes da saúde de uma população ou da qualidade dos serviços de saúde. Eles fornecem informações objetivas e comparáveis que podem ser usadas para monitorar tendências, identificar problemas, avaliar o impacto de intervenções e orientar a tomada de decisão.

5.2 AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

A AIH é um documento oficial utilizado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para registrar e autorizar a internação de um paciente em um hospital. Durante o período em que o paciente está internado, a suspeita inicial sobre a doença (hipótese diagnóstica) pode não se confirmar. Além disso, o paciente pode apresentar novas complicações ou ser diagnosticado com uma condição mais grave que exija um tratamento diferente do que foi planejado inicialmente. Nessas situações, é preciso alterar o procedimento autorizado.

Em tais casos, é permitido emitir uma nova AIH para o mesmo paciente. No entanto, o profissional responsável deve primeiro encerrar a AIH anterior. Quando uma nova AIH é emitida

durante a mesma internação, a data de saída registrada na primeira AIH deve ser igual à data de entrada registrada na segunda AIH. Em termos práticos, a AIH deve ser substituída nas seguintes situações:

- **Paciente que requer cuidados prolongados**

Se, durante a internação, o quadro clínico do paciente evoluir de forma que ele necessite de cirurgia ou de tratamento em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

- **Necessidade de encerramento administrativo**

O gestor hospitalar tem a autonomia para autorizar a emissão de uma nova AIH para pacientes que permanecem internados na UTI por longos períodos. Além disso, uma nova AIH deve ser emitida quando a internação ultrapassar 30 dias.

- **Quando NÃO emitir uma nova AIH**

Se o paciente retornar ao mesmo hospital em um período de até três dias após a alta para continuar o tratamento da mesma doença, a AIH original deve ser mantida, mesmo que o atendimento seja realizado por profissionais diferentes. Nesses casos, o código de consulta de paciente internado deve ser registrado na AIH para cada profissional que atender o paciente.

A emissão de uma nova AIH também não é necessária quando há apenas uma mudança no procedimento realizado (por exemplo, uma alteração na técnica cirúrgica) sem que haja uma mudança no diagnóstico principal que justifique a internação.

5.3 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

A internação hospitalar ocorre quando um paciente é admitido para ocupar um leito no hospital por um período de 24 horas ou mais. Mesmo que um paciente venha a falecer no hospital em um período inferior a 24 horas, essa situação também é classificada como internação hospitalar.

Observação: É importante distinguir internação hospitalar de "Dia Hospitalar", que será definido a seguir.

5.4 DIA HOSPITALAR

5.4.1 Hospital dia

Corresponde ao período de 24 horas entre dois levantamentos (censos) hospitalares consecutivos.

5.4.2 Internação clínica

Refere-se à admissão de um paciente para receber tratamento médico não cirúrgico.

5.5 CLASSIFICAÇÃO DE LEITOS

Um leito hospitalar é uma cama numerada e identificada dentro de um quarto ou enfermaria, destinada ao uso exclusivo de um paciente durante sua permanência no hospital. Cada leito está vinculado a uma unidade de internação ou serviço específico.

5.5.1 Leito planejado

Representa o número total de leitos que o hospital tem capacidade para oferecer, considerando sua área física e as regulamentações vigentes, mesmo que alguns desses leitos não estejam em uso no momento. No Complexo Clementino Fraga, a capacidade total de leitos planejados é de 136.

5.5.2 Leito instalado

É um leito que é normalmente utilizado para internação, mesmo que temporariamente não possa ser usado por algum motivo.

5.5.3 Leito operacional

É um leito que está ocupado por um paciente ou que está disponível para uso imediato no momento do censo hospitalar.

5.5.4 Leito bloqueado

É um leito normalmente utilizado para internação, mas que está temporariamente indisponível por alguma razão, como a condição de outros pacientes no mesmo quarto, manutenção predial ou falta de pessoal.

5.5.5 Leito transitório

Inclui leitos de observação, recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços para recém-nascidos saudáveis, leitos de pré-parto e leitos bloqueados por motivos temporários (como os mencionados no item anterior). Os leitos do Pronto Atendimento também são considerados transitórios.

5.5.6 Leito de internação

É um leito destinado principalmente à internação de pacientes. Calcula-se subtraindo o número de leitos transitórios do número de leitos operacionais.

5.5.7 Capacidade hospitalar instalada

Refere-se ao número de leitos que são normalmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles não possam ser utilizados temporariamente por algum motivo.

5.5.8 Capacidade hospitalar operacional

Corresponde ao número de leitos que estão em uso e daqueles que estão disponíveis para uso no momento do censo.

5.6 MOVIMENTO DE PACIENTE

5.6.1 Alta hospitalar

É a decisão médica que determina o fim da assistência prestada ao paciente durante a internação. O paciente pode receber alta com a saúde restabelecida, com melhora no quadro clínico ou com o quadro inalterado.

5.6.2 Saídas hospitalares

Representa a soma de todas as altas hospitalares, transferências para outros hospitais, evasões (saídas não autorizadas) e óbitos.

5.6.3 Paciente/dia

É uma unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente durante um dia de internação.

5.6.4 Paciente adulto

É todo paciente com idade igual ou superior a 18 anos.

6. TIPOS DE INDICADORES DE SAÚDE

Indicadores de estrutura: Avaliam os recursos disponíveis para a prestação de serviços de saúde (equipamentos, infraestrutura, pessoal, etc.).

Indicadores de processo: Avaliam as atividades realizadas durante a prestação de serviços de saúde (adesão a protocolos, tempo de espera, satisfação do paciente, etc.).

Indicadores de resultado: Medem os resultados finais dos cuidados prestados, como a taxa de infecções hospitalares, eventos adversos, erros de medicação, quedas, lesões por pressão e outras ocorrências que podem comprometer a segurança do paciente.

6.1 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE INDICADORES

Ao selecionar os indicadores de saúde a serem utilizados, é importante considerar os seguintes critérios:

- **Relevância:** O indicador deve estar relacionado a um aspecto importante da saúde ou da qualidade dos serviços.
- **Validade:** O indicador deve medir o que se propõe a medir de forma precisa e confiável.
- **Sensibilidade:** O indicador deve ser capaz de detectar mudanças significativas na condição de saúde ou na qualidade dos serviços.
- **Especificidade:** O indicador deve ser capaz de distinguir entre diferentes condições de saúde ou diferentes níveis de qualidade dos serviços.
- **Disponibilidade:** Os dados necessários para calcular o indicador devem estar disponíveis de forma acessível e oportuna.
- **Interpretabilidade:** O indicador deve ser fácil de entender e interpretar.
- **Ação:** O indicador deve fornecer informações que possam ser usadas para orientar ações de melhoria.

6.2 MÉTODO DE MONITORAMENTO

6.2.1 Fontes de dados

A coleta de dados deve ser sistemática e contínua, utilizando instrumentos padronizados para garantir a precisão e a consistência das informações.

Os dados para o cálculo dos indicadores de saúde podem ser obtidos de diversas fontes, incluindo:

- Prontuários médicos;
- Sistemas de informação hospitalar;
- Registros de eventos adversos por meio das notificações;
- Pesquisas de satisfação do paciente;
- Relatórios de auditoria;
- Bancos de dados administrativos;

6.2.2 Ferramentas de coleta de dados

- **Formulários de observação:** Os formulários de observação devem ser simples e objetivos, permitindo a coleta de dados em tempo real. Eles devem incluir campos para registrar a data, local, observações específicas e a assinatura do observador. Utilizados para registrar práticas e procedimentos em tempo real.
- **Checklists:** Os checklists devem ser detalhados e cobrir todas as etapas de um processo ou procedimento. Eles devem ser utilizados para garantir que todas as práticas de segurança sejam seguidas corretamente.
- **Sistemas de informação:** Os sistemas de informação devem ser configurados para coletar e armazenar dados de forma segura e acessível. Eles devem permitir a extração de relatórios e a análise de tendências ao longo do tempo. Prontuários eletrônicos e sistemas de gestão hospitalar que permitem a coleta e análise de dados.
- **Planilhas compartilhadas:** Ferramenta de busca ativa setorial.

6.2.3 Frequência de coleta

- A frequência de coleta de dados é definida com base na natureza do indicador e na necessidade de monitoramento contínuo. Pode ser diária, semanal, mensal ou trimestral.

6.3 METODOLOGIA DE CÁLCULO

Cada indicador de saúde deve ter uma metodologia de cálculo claramente definida, incluindo:

- **Definição do numerador:** O número de eventos ou indivíduos que atendem a um determinado critério.
- **Definição do denominador:** O número total de eventos ou indivíduos em risco de apresentar o evento de interesse.
- **Fórmula de cálculo:** A equação matemática utilizada para calcular o indicador.
- **Unidade de medida:** A forma de expressar o resultado (percentual, taxa, razão, etc.).

- **Período de referência:** O intervalo de tempo para o qual o indicador é calculado.

6.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

- **Análise estatística**

A análise estatística dos dados coletados permite identificar tendências, padrões e áreas de melhoria. Ferramentas como gráficos de controle, histogramas e análises de Pareto podem ser utilizadas para visualizar os dados.

- **Relatórios de desempenho**

Relatórios de desempenho devem ser gerados regularmente e compartilhados com a equipe de saúde. Eles devem incluir uma análise detalhada dos indicadores, comparações com metas estabelecidas e recomendações para ações corretivas.

A interpretação dos resultados dos indicadores de saúde deve levar em consideração:

1. **Metas e padrões de referência:** Comparar os resultados com metas estabelecidas e com padrões de referência nacionais ou internacionais.
2. **Tendências históricas:** Analisar a evolução do indicador ao longo do tempo para identificar tendências e padrões.
3. **Variações geográficas ou demográficas:** Comparar os resultados entre diferentes áreas geográficas ou grupos demográficos.
4. **Fatores contextuais:** Considerar fatores que podem influenciar os resultados, como mudanças na população atendida, novas tecnologias ou políticas de saúde.

6.5 FICHAS DOS INDICADORES

6.5.1 Estrutura da ficha do indicador

- Cada indicador deve ter uma ficha detalhada que inclua as seguintes informações: nome do indicador, definição, objetivo, formulário de cálculo, fonte dos dados, frequência da coleta, responsável pela coleta, meta, interpretação dos resultados.

6.6 AÇÕES CORRETIVAS E MELHORIA CONTÍNUA

Os indicadores de saúde devem ser utilizados como ferramentas para a melhoria contínua da qualidade e da segurança do paciente. Ao identificar problemas e monitorar o impacto de intervenções, os indicadores podem ajudar a orientar as ações de melhoria e a promover uma cultura de segurança.

- **Implementação de ações corretivas**

Com base na análise dos dados, ações corretivas devem ser implementadas para abordar as áreas de melhoria identificadas. Isso pode incluir a revisão de protocolos, treinamento adicional para a equipe e a aquisição de novos equipamentos.

- **Ciclo de melhoria contínua**

A melhoria contínua deve ser um processo cíclico, envolvendo a coleta de dados, análise, implementação de ações corretivas e reavaliação dos resultados. O ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) é uma ferramenta útil para este propósito.

CAPÍTULO 1

INDICADORES ASSISTENCIAIS

7. INDICADORES ASSISTENCIAIS RECOMENDADOS

7.1 CONSTRUÇÃO, MONITORAMENTO E MENSURAÇÃO DE INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é um componente essencial da qualidade dos cuidados de saúde. Monitorar e medir as práticas de segurança do paciente através de indicadores específicos permite identificar áreas de melhoria, implementar ações corretivas e garantir que os cuidados prestados sejam seguros e eficazes. Este guia tem como objetivo fornecer uma estrutura detalhada para a construção, monitoramento e mensuração de indicadores de segurança do paciente.

7.2 INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Meta 1 – Identificação correta do paciente

7.2.1 Taxa de identificação correta do paciente

Nome do indicador:	Taxa de identificação correta do paciente
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde
Objetivo:	Garantir a identificação correta do paciente para prevenir falhas de medicação, hemoderivados, procedimentos, exames, entre outros.
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes internados com pulseira de identificação Denominador: Número de pacientes internados *100
Fonte dos dados:	Prontuário eletrônico, formulários de observação e coleta
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros diaristas
Meta:	100% de identificação correta do paciente
Interpretação dos resultados:	Uma taxa abaixo de 100% indica a necessidade de revisão de procedimentos de identificação

Meta 2 – Comunicação efetiva**7.2.2- Taxa de eventos adversos relacionados à falha no processo de comunicação**

Nome do indicador:	Taxa de eventos adversos relacionados à falha no processo de comunicação
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Proporção entre o número de eventos adversos relacionados à falha no processo de comunicação.
Objetivo:	Garantir que a comunicação entre a equipe previna falhas de medicação, hemoderivados, procedimentos, exames entre outros.
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de eventos adversos relacionados à falha no processo de comunicação Denominador: Número total de eventos adversos * 100
Fonte dos dados:	Prontuário eletrônico, formulários de observação e coleta de dados e notificações
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Equipe assistencial
Meta:	80% na comunicação efetiva
Interpretação dos resultados:	Uma taxa abaixo de 80% indica a necessidade de revisão de conduta no processo de comunicação entre a equipe assistencial e paciente

Meta 3 – Segurança na prescrição, dispensação e administração de medicamentos**7.2.3- Taxa de erro na prescrição medicamentos**

Nome do indicador:	Taxa de erro na prescrição de medicamentos
Definição:	Proporção de prescrições de medicamentos que contêm erros em relação ao número total de prescrições avaliadas em um determinado período
Tipo do indicador:	Segurança
Objetivo:	Reduzir a ocorrência de erros na prescrição de medicamentos, minimizando o risco de eventos adversos e garantindo a segurança do paciente
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de prescrições com erros * 100 Denominador: Número total de prescrições avaliadas
Fonte dos dados:	Prontuário eletrônico, auditorias de prescrições, notificações de erros de medicação, planilha compartilhada de busca ativa
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros diaristas, Farmacêuticos responsáveis pela revisão das prescrições, médico do Núcleo de Segurança do paciente
Meta:	< 2%
Interpretação dos resultados:	Uma taxa acima da meta estabelecida indica a necessidade de revisão dos processos de prescrição e da capacitação dos profissionais envolvidos

7.2.4- Taxa de erro na dispensação de medicamentos

Nome do indicador:	Taxa de erro na dispensação de medicamentos
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Proporção de dispensações de medicamentos que contêm erros em relação ao número total de dispensações avaliadas em um determinado período
Objetivo:	Garantir a identificação correta do paciente para prevenir falhas de medicação, hemoderivados, procedimentos e exames
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de dispensações com erros Denominador: Número total de dispensações avaliadas *100
Fonte dos dados:	Registros de dispensação, auditorias de dispensação, notificações de erros de medicação e planilha compartilhada de busca ativa.
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros diaristas, farmacêuticos, técnicos de Farmácia, núcleo de qualidade e segurança do Paciente
Meta:	< 2%
Interpretação dos resultados:	Uma taxa acima da meta estabelecida indica a necessidade de revisão dos processos de dispensação e da capacitação dos profissionais envolvidos

7.2.5 - Taxa de erro na administração de medicamentos

Nome do indicador:	Taxa de erro na administração de medicamentos
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Proporção de administrações de medicamentos que contêm erros em relação ao número total de administrações avaliadas em um determinado período
Objetivo:	Garantir a identificação correta do paciente para prevenir falhas de medicação, hemoderivados, procedimentos e exames
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de administrações com erros Denominador: Número total de administrações avaliadas *100
Fonte dos dados:	Prontuário eletrônico, auditorias de administração, notificações de erros de medicação, registros de enfermagem, planilha compartilhada de busca ativa
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros, técnicos de enfermagem, núcleo de segurança do paciente.
Meta:	≤ 2% de identificação correta do paciente
Interpretação dos resultados:	Uma taxa acima da meta estabelecida indica a necessidade de revisão dos processos de administração e da capacitação dos profissionais envolvidos

Observação: Meta 4 – Cirurgia segura, em nossa instituição não dispomos de bloco cirúrgico, portanto, não monitoramos esse tipo de indicador.

Observação: Meta 5- Os indicadores de prevenção de infecção relacionado a assistência à saúde será abordado de modo separado no tópico 7.3, logo a seguir.

Meta 6 – Prevenção de queda**7.2.6- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão**

Nome do indicador:	Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Percentual de pacientes que tiveram o risco de queda avaliado utilizando um instrumento padronizado durante o processo de admissão na instituição
Objetivo:	Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente, afim de implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s)
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes com avaliação de risco de queda na admissão Denominador: Número de pacientes admitidos * 100
Fonte dos dados:	Prontuário eletrônico, formulários de observação e coleta de dados
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros diaristas e <i>Stakeholders</i> da meta de prevenção de queda
Meta:	≥ 70 % de pacientes avaliados na admissão
Interpretação dos resultados:	Uma taxa abaixo de 70 % indica a necessidade de revisão de procedimentos de avaliação do risco de queda

7.2.7 -Taxa de quedas de pacientes

Nome do indicador:	Taxa de quedas
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Proporção de pacientes que sofrem quedas durante a internação hospitalar
Objetivo:	Monitorar o desempenho é uma oportunidade de aprendizagem para a organização, por meio da análise das informações, <i>feedback</i> dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário. Além de construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação
Fórmula do cálculo:	Numerador: número de eventos (quedas) Denominador: Número de paciente/dia * 1.000
Fonte dos dados:	Prontuário eletrônico, formulários de observação e coleta de dados
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros diaristas e <i>Stakeholders</i> da meta de prevenção de queda
Meta:	$\leq 0,61$
Interpretação dos resultados:	Uma taxa de queda elevada indica maior a necessidade de revisão de procedimentos de identificação e práticas de prevenção de queda

Meta 6 – Prevenção de lesão por pressão (LP)**7.2.8- Densidade de incidência de lesão por pressão**

Nome do indicador:	Densidade de incidência de lesão por pressão
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Proporção de pacientes que desenvolveram lesão por pressão durante a internação hospitalar
Objetivo:	Monitorar o desempenho é uma oportunidade de aprendizagem para a organização, por meio da análise das informações, <i>feedback</i> dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário. Além de construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação
Fórmula do cálculo:	Numerador: número de eventos (lesão por pressão) Denominador: Número de paciente/dia * 1.000 sem LP
Fonte dos dados:	Prontuário eletrônico, formulários de observação e coleta de dados
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros diaristas e <i>Stakeholders</i> da meta de prevenção de lesão por pressão
Meta:	< 1,59
Interpretação dos resultados:	Uma densidade elevada indica maior a necessidade de revisão de procedimentos de identificação e práticas de prevenção de lesão por pressão

7.2.9 - Proporção de pacientes com avaliação de risco de lesão por pressão realizada na admissão

Nome do indicador:	Proporção de pacientes com avaliação de risco de lesão por pressão realizada na admissão
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Percentual de pacientes que tiveram o risco de lesão por pressão avaliado utilizando um instrumento padronizado durante o processo de admissão na instituição
Objetivo:	Avaliar, no momento da admissão, o risco de lesão por pressão do paciente, afim de implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s)
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes com avaliação de risco de lesão por pressão na admissão Denominador: Número de pacientes admitidos *100
Fonte dos dados:	Prontuário eletrônico, formulários de observação e coleta de dados
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros diaristas e <i>Stakeholders</i> da meta de prevenção de lesão por pressão
Meta:	≥ 70 % de pacientes avaliados na admissão
Interpretação dos resultados:	Uma taxa abaixo de 70 % indica a necessidade de revisão de procedimentos de avaliação do risco de lesão por pressão

7.2.10 Taxa de Evasão

Nome do indicador:	Taxa de evasão
Tipo do indicador:	Efetividade / Segurança
Definição:	Proporção de pacientes que evadem (fogem, abandonam) a instituição em relação ao número total de altas (incluindo altas médicas e evasões) em um determinado período
Objetivo:	Monitorar a taxa de evasão na instituição
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de evasão no período Denominador: Número de admissões no período *100
Fonte dos dados:	Formulários de observação, coleta de dados, notificações de ocorrência, registros de segurança, prontuários, planilha compartilhada de busca ativa
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Serviço Social
Meta:	$\leq 3,5$
Interpretação dos resultados:	A taxa de evasão acima do limite aceitável, indica a necessidade de revisão dos processos de segurança e acompanhamento dos pacientes

7.3 INDICADORES DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)

Meta 5 – Prevenção das IRAS

7.3.1- Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (IPCS X CVC)

Nome do indicador:	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (IPCS X CVC)
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVC.
Objetivo:	Avaliar a incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada à cateter venoso central (CVC) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter
Fórmula do cálculo:	Numerador: Total de IPCS em pacientes com CVC Critérios de inclusão: Período superior a dois dias de uso do cateter; O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; Presença de agente patogênico em uma ou mais hemoculturas; O microrganismo identificado não estar relacionado a outro foco de infecção Denominador: Total de pacientes com CVC/dia * 1.000
Fonte dos dados:	Prontuário eletrônico, formulários de observação e coleta, sistema de notificações da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros da CCIRAS
Meta:	$\leq 3,08\%$
Interpretação dos resultados:	O resultados alertam para necessidade de se potencializar as ações e diretrizes existentes ou implementar novas diretrizes mais adequadas e seguras com foco na prevenção da IPCS- CVC

7.3.2- Densidade de incidência de infecção do trato urinário associado ao cateter vesical de demora (ITU X CVD)

Nome do indicador:	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associado ao cateter vesical de demora (ITU X CVD)
Tipo do Indicador:	Segurança
Definição:	O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de trato urinário associada a cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD
Objetivo:	Avaliar a incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter
Fórmula do cálculo:	Numerador: Total de ITUs em pacientes com CVD Critério de inclusão: Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias; O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas Denominador: Total de pacientes com CVD-dia *1.000
Fonte dos dados:	Prontuário eletrônico, formulários de observação e coleta, sistema de notificações da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros da CCIRAS
Meta:	$\leq 3,6$
Interpretação dos resultados:	O resultados alertam para necessidade de se potencializar as ações e diretrizes existentes ou implementar novas diretrizes mais adequadas e seguras com foco na prevenção da ITU-CVD

7.3.3- Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV)

Nome do indicador:	Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV)
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram pneumonia associada a ventilação mecânica a cada 1.000 pacientes que fazem uso do ventilador
Objetivo:	Avaliar a incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do ventilador
Fórmula do cálculo:	Numerador: Total de Pneumonias em pacientes em ventilação mecânica Denominador: Total de pacientes em ventilação mecânica-dia * 1.000
Fonte dos dados:	Prontuário eletrônico, formulários de observação e coleta, sistema de notificações da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros da CCIRAS
Meta:	≤ 17
Interpretação dos resultados:	Os resultados alertam para necessidade de se potencializar as ações e diretrizes existentes ou implementar novas diretrizes mais adequadas e seguras com foco na prevenção da PAV

7.3.4- Consumo de sabonete líquido e preparação alcoólica para higiene das mãos.

Nome do indicador:	Consumo de sabonete líquido e preparação alcoólica para higiene das mãos
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	O resultado do indicador reflete o consumo de preparação alcoólica (líquido ou gel) para higiene e de sabonete líquido para higienização das mãos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
Objetivo:	Monitorar o volume (em mL) do consumo de preparação alcoólica e sabonete líquido para higiene das mãos, para cada 1.000 pacientes/dia
Fórmula do cálculo:	Numerador: Quantidade total de consumo de sabonete líquido e preparação alcoólica líquida ou gel (mL) na UTI Denominador: Número total de pacientes-dia na UTI
Fonte dos dados:	Coleta de dados, no serviço de hotelaria e higienização, a respeito da qualidade total de sabonete líquido e preparação alcoólica (líquida ou gel mL) dispensados na UTI e coleta em sistema de notificação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à assistência à Saúde (CCIRAS)
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Enfermeiros da CCIRAS
Meta:	20mL por paciente dia
Interpretação dos resultados:	Uma taxa abaixo de 20ml por profissional indica a necessidade de melhorar a adesão a higiene das mãos nos 5 momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde

7.3.5- Dose Diária Definida (DDD) - Antimicrobianos/grupos de antimicrobianos

Nome do indicador:	Dose Diária Definida (DDD) - Antimicrobianos/grupos de antimicrobianos)
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	O resultado do indicador reflete a estimativa aproximada do consumo de antimicrobianos apresentados em DDD. Esta é compreendida como a dose de manutenção média presumida por dia para um medicamento usado para sua principal indicação terapêutica em adultos de 70Kg
Objetivo:	Avaliar o consumo de antimicrobianos, estabelecidos em nota técnica, na UTI adulto
Fórmula do cálculo:	Numerador: Total do antimicrobiano consumido em gramas (g), na UTI adulto, no mês de vigilância + Dose diária padrão do antimicrobiano calculado em gramas para adulto de 70Kg, sem insuficiência Renal Denominador: Número total de pacientes-dia, na UTI adulto
Fonte dos dados:	Planilha DDD Anvisa
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Farmacêuticos e Enfermeiros da CCIRAS
Meta:	Não se aplica
Interpretação dos resultados:	Compreender a dose média de manutenção assumida por dia para um medicamento usado para sua indicação principal em adultos. Trata-se de uma estimativa aproximada

7.4 INDICADORES DOS SETORES DE INTERNAÇÃO

7.4.1 Taxa de ocupação institucional

Nome do indicador:	Taxa de ocupação institucional
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Percentual médio de leitos ocupados em relação ao número total de leitos disponíveis em um determinado período
Objetivo:	Avaliar a gestão dos leitos operacional na internação. Está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência.
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de paciente dia no período / Denominador: Número de leitos dia no período * 100
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico, sistema de internação)
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da Internação
Meta:	$\geq 80\%$
Interpretação dos resultados:	Pode indicar uma subutilização dos leitos, necessitando de análise para identificar possíveis causas e oportunidades de melhoria na gestão de leitos

7.4.2 Tempo médio de permanência

Nome do indicador:	Tempo médio de permanência
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Média do número de dias que os pacientes permanecem internados nas unidades de internação
Objetivo:	Avaliar o tempo médio de permanência dos pacientes nas unidades de internação
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de paciente dia no período / Denominador: Total de Saídas (altas + óbitos + transferências externas)
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico, sistema de internação)
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da Internação
Meta:	≤ 15 dias
Interpretação dos resultados:	Pode indicar um tempo de permanência elevado, necessitando de análise para identificar possíveis causas e oportunidades de melhoria na gestão dos leitos e na eficiência dos processos assistenciais

7.4.3 Índice de intervalo de substituição

Nome do indicador:	Índice de intervalo de substituição
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Mede o tempo médio que um leito permanece vago entre a saída de um paciente e a admissão de outro
Objetivo:	Avaliar a eficiência do processo de limpeza e preparação de leitos para a admissão de novos pacientes, buscando otimizar a disponibilidade de leitos e reduzir o tempo de espera
Fórmula do cálculo:	Numerador: Tempo total de leitos vagos no período / Denominador: Número total de altas no período *100
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico, sistema de internação)
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da Internação
Meta:	≤ 7 dias
Interpretação dos resultados:	Pode indicar gargalos no processo de limpeza e preparação de leitos, necessitando de análise para identificar as causas e implementar ações de melhoria

7.4.4 Taxa de mortalidade

Nome do indicador:	Taxa de mortalidade
Tipo do indicador:	Efetividade / Segurança
Definição:	Proporção de óbitos ocorridos após 24 horas da internação em relação ao número total de saídas (altas, óbitos e transferências externas) em um determinado período
Objetivo:	Gerenciar a taxa de mortalidade institucional, identificando possíveis causas de óbitos e implementando ações para melhorar a qualidade da assistência e reduzir a mortalidade evitável
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de óbitos após 24 horas da internação no período/ Denominador: Número de saída (altas, óbitos, transferências externas) * 100
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico); registros de óbitos e sistema de internação
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da Internação
Meta:	$\leq 5\%$
Interpretação dos resultados:	Pode indicar uma taxa de mortalidade elevada, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.5 INDICADORES DO PRONTO ATENDIMENTO

7.5.1 Tempo médio para tomada de decisões

Nome do indicador:	Tempo médio para tomada de decisões
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) desde o início do atendimento de um paciente no pronto atendimento até a tomada de uma decisão clínica relevante (exemplo: alta, internação, realização de exames complementares, encaminhamento para especialista)
Objetivo:	Gerenciar a efetividade do pronto atendimento
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma de tempo (em minutos) desde o atendimento até a tomada de decisão Denominador: Total de atendimentos realizados no pronto atendimento no período
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico); planilha de registro de atendimentos; sistema de registro de tempo de atendimento
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do Pronto atendimento
Meta:	≤ 6 horas (360minutos)
Interpretação dos resultados:	Pode indicar um tempo excessivo para tomada de decisões, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.5.2 Tempo de espera para atendimento médico por risco (vermelho)

Nome do indicador:	Tempo de espera para atendimento médico por risco (vermelho)
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) desde a chegada de um paciente classificado como risco vermelho (emergência) no pronto atendimento até o início do atendimento médico
Objetivo:	Gerenciar a efetividade do pronto atendimento, garantindo o atendimento imediato aos pacientes em situação de emergência, visando reduzir o risco de complicações e óbitos
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma de tempo (em minutos) desde a chegada do paciente até o atendimento médico atendidos por classificação de risco, vermelho Denominador: Total de pacientes atendidos por classificação de risco vermelho no período
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico); planilha de registro de atendimentos; sistema de registro de tempo de atendimento
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do pronto atendimento
Meta:	≤ 0 min
Interpretação dos resultados:	Resultado > 0 minutos: Indica um atraso no atendimento de pacientes em situação de emergência , necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.5.3 Tempo de espera para atendimento médico por risco (laranja)

Nome do indicador:	Tempo de espera para atendimento médico por risco (laranja)
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) desde a chegada de um paciente classificado como risco laranja (urgência) no pronto atendimento até o início do atendimento médico
Objetivo:	Gerenciar a efetividade do pronto atendimento, garantindo o atendimento oportuno aos pacientes com quadros clínicos de urgência, visando evitar a deterioração do quadro clínico e reduzir o risco de complicações
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma de tempo (em minutos) desde a chegada do paciente até o atendimento médico atendidos por classificação de risco, laranja Denominador: Total de pacientes atendidos por classificação de risco laranja no período
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico); planilha de registro de atendimentos; sistema de registro de tempo de atendimento
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do pronto atendimento
Meta:	≤ 10 min
Interpretação dos resultados	Resultado > 10 minutos: Indica um atraso no atendimento de pacientes com quadros clínicos de urgência , necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.5.4 Tempo de espera para atendimento médico por risco (amarelo)

Nome do indicador:	Tempo de espera para atendimento médico por risco (Amarelo)
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) desde a chegada de um paciente classificado como risco amarelo (urgência) no pronto atendimento até o início do atendimento médico
Objetivo:	Gerenciar a efetividade do pronto atendimento, garantindo o atendimento oportuno aos pacientes com quadros clínicos de urgência, visando evitar a deterioração do quadro clínico e reduzir o risco de complicações
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma de tempo (em minutos) desde a chegada do paciente até o atendimento médico atendidos por classificação de risco, amarelo Denominador: Total de pacientes atendidos por classificação de risco amarelo no período
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico); planilha de registro de atendimentos; sistema de registro de tempo de atendimento
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do pronto atendimento
Meta:	≤ 60 min
Interpretação dos resultados:	Resultado > 60 minutos: Indica um atraso no atendimento de pacientes com quadros clínicos de urgência moderada , necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.5.5 Tempo de espera para atendimento médico por risco (verde)

Nome do indicador:	Tempo de espera para atendimento médico por risco (verde)
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) desde a chegada de um paciente classificado como risco verde (baixa urgência) no pronto atendimento até o início do atendimento médico
Objetivo:	Gerenciar a efetividade do pronto atendimento, garantindo um tempo de espera razoável para pacientes com queixas de menor gravidade, sem risco imediato, buscando otimizar o fluxo de atendimento e priorizar os casos mais urgentes
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma de tempo (em minutos) desde a chegada do paciente até o atendimento médico atendidos por classificação de risco verde Denominador: Total de pacientes atendidos por classificação de risco verde no período
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico); planilha de registro de atendimentos; sistema de registro de tempo de atendimento
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do pronto atendimento
Meta:	≤ 1200 min
Interpretação dos resultados:	Resultado > 120 minutos: Indica um tempo de espera excessivo para pacientes com queixas de baixa gravidade , necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.5.6 Tempo de espera para atendimento médico por risco (azul)

Nome do indicador:	Tempo de espera para atendimento médico por risco (azul)
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) desde a chegada de um paciente classificado como risco azul (pouco urgente) no pronto atendimento até o início do atendimento médico.
Objetivo:	Gerenciar a efetividade do pronto atendimento, garantindo o atendimento em tempo adequado aos pacientes com queixas de baixa complexidade, sem risco imediato, buscando otimizar o fluxo de atendimento e evitar a sobrecarga do serviço
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma de tempo (em minutos) desde a chegada do paciente até o atendimento médico atendidos por classificação de risco azul Denominador: Total de pacientes atendidos por classificação de risco azul no período
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico); planilha de registro de atendimentos; sistema de registro de tempo de atendimento
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do pronto atendimento
Meta:	≤ 240 min
Interpretação dos resultados:	Resultado > 240 minutos: Indica um atraso no atendimento de pacientes com queixas de baixa complexidade , necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.6 INDICADORES DO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGENS (CDI)

7.6.1 Taxa de absenteísmo dos exames de diagnóstico e imagem

Nome do indicador:	Taxa de absenteísmo dos exames de diagnóstico e imagem
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Percentual de pacientes agendados para exames de diagnóstico e imagem que não comparecem para realizar o exame na data e hora agendadas
Objetivo:	Gerenciar a ausência dos pacientes agendados, buscando reduzir o absenteísmo e otimizar a utilização dos recursos do serviço de diagnóstico e imagem
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de exames de diagnóstico e imagem que foram agendados, mas não foram realizados devido à ausência do paciente Denominador: N° de exames agendados no período* 100
Fonte dos dados:	Sistema de agendamento de exames; sistema de gestão do serviço de diagnóstico por imagem; planilhas de registro de agendamentos e suspensões
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do centro de diagnóstico por imagem (CDI)
Meta:	$\leq 5\%$
Interpretação dos resultados:	Resultado $> 5\%$: Indica uma taxa de absenteísmo elevada, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.6.2 Taxa de Suspensão de exames por imagem

Nome do indicador:	Taxa de suspensão de exames por imagem
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Percentual de exames de imagem agendados que são suspensos (cancelados ou adiados) antes da realização, por motivos relacionados ao serviço ou ao paciente, como falhas técnicas ou operacionais, problemas de infraestrutura, ausência ou indisponibilidade do profissional, falta de insumos ou materiais, erro no processo de agendamento, priorização emergenciais e quadro clínico do paciente
Objetivo:	Monitorar e reduzir o número de exames de imagem suspensos, visando otimizar a utilização dos recursos, aumentar a eficiência do serviço e melhorar a satisfação do paciente
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de exames de imagem que foram agendados, mas não foram realizados devido à suspensão (cancelamento ou adiamento) Denominador: Número total de exames de imagem agendados no período. * 100
Fonte dos dados:	Sistema de agendamento de exames; sistema de gestão do serviço de diagnóstico por imagem; planilhas de registro de agendamentos e suspensões
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do centro de diagnóstico por imagem (CDI)
Meta:	$\leq 10\%$
Interpretação dos resultados:	Resultado $> 10\%$: Indica uma taxa de suspensão elevada, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.6.3 Tempo médio de resposta à disponibilização dos laudos dos exames de diagnósticos e imagem - PA

Nome do indicador:	Tempo médio de resposta à disponibilização dos laudos dos exames de diagnósticos e imagem-PA
Tipo do indicador:	Eficiência / Segurança
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) entre a realização do exame de diagnóstico e imagem no pronto atendimento e a disponibilização do laudo para o médico solicitante
Objetivo:	Gerenciar os tempos da emissão dos laudos e o impacto na segurança do paciente, buscando reduzir o tempo de espera pelos resultados dos exames e garantir a tomada de decisões clínicas rápidas e seguras
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma em minutos dos tempos decorridos entre as realizações dos exames de imagem e disponibilização dos resultados Denominador: Total de exames de imagem realizados, no período
Fonte dos dados:	Sistema de gestão do serviço de diagnóstico e imagem; sistema de prontuário eletrônico do paciente; planilha de registro de exames e laudos
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do centro de diagnóstico por imagem (CDI)
Meta:	≤ 240 minutos (4horas)
Interpretação dos resultados:	Resultado > 240 minutos: Indica um tempo médio de resposta elevado, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.6.4 Tempo médio de resposta à disponibilização dos laudos dos exames de diagnósticos e imagem-Internação

Nome do indicador:	Tempo médio de resposta à disponibilização dos laudos dos exames de diagnósticos e imagem-internação
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) entre a realização do exame de diagnóstico e imagem no pronto atendimento e a disponibilização do laudo para o médico solicitante
Objetivo:	Gerenciar os tempos da emissão dos laudos e o impacto na Segurança do Paciente, buscando reduzir o tempo de espera pelos resultados dos exames e garantir a tomada de decisões clínicas rápidas e seguras
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma em minutos dos tempos decorridos entre as realizações dos exames de imagem e disponibilização dos resultados Denominador: Total de exames de imagem realizados, no período
Fonte dos dados:	Sistema de gestão do serviço de diagnóstico e imagem; sistema de prontuário eletrônico do paciente; planilha de registro de exames e laudos
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do centro de diagnóstico por imagem (CDI)
Meta:	≤ 720 minutos (12 horas)
Interpretação dos resultados:	Resultado > 720 minutos: Indica um tempo médio de resposta elevado, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.6.5 Tempo médio de resposta à disponibilização dos laudos dos exames de diagnósticos e imagem - PA

Nome do indicador:	Tempo médio de resposta à disponibilização dos laudos dos exames de diagnósticos e imagem-Ambulatório
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) entre a realização do exame de diagnóstico e imagem no Pronto Atendimento e a disponibilização do laudo para o médico solicitante
Objetivo:	Gerenciar os tempos da emissão dos laudos e o impacto na Segurança do Paciente, buscando reduzir o tempo de espera pelos resultados dos exames e garantir a tomada de decisões clínicas rápidas e seguras
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma em minutos dos tempos decorridos entre as realizações dos exames de imagem e disponibilização dos resultados Denominador: Total de exames de imagem realizados, no período
Fonte dos dados:	Sistema de gestão do serviço de diagnóstico e imagem; sistema de prontuário eletrônico do paciente; planilha de registro de exames e laudos
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do centro de diagnóstico por imagem (CDI)
Meta:	≤ 2880 minutos (48 horas)
Interpretação dos resultados:	Resultado > 2880 minutos: Indica um tempo médio de resposta elevado, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.7 INDICADOR DE DESEMPENHO DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICA

7.7.1 Tempo médio de reposta aos resultados dos exames laboratoriais para o pronto Atendimento (PA)

Nome do indicador:	Tempo médio de resposta aos resultados de exames laboratoriais para o pronto atendimento (PA)
Tipo do indicador:	Eficiência / Segurança
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) entre a solicitação do exame laboratorial no serviço de pronto atendimento e a disponibilização do resultado para o médico solicitante
Objetivo:	Garantir o resultado dos exames em tempo hábil, visando agilizar o diagnóstico, o tratamento e a tomada de decisões clínicas no pronto atendimento
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma dos tempos decorridos entre as solicitações dos exames laboratoriais e a disponibilização dos resultados Denominador: Somatório de exames laboratoriais solicitados no serviço do pronto atendimento
Fonte dos dados:	Sistema de gestão do laboratório de análises clínicas; sistema de prontuário eletrônico do paciente; planilha de registro de exames e resultados
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do laboratório de análises clínicas
Meta:	≤ 120 minutos (2 horas)
Interpretação dos resultados:	Resultado > 120 minutos: Indica um tempo médio de resposta elevado, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.7.2 Tempo médio de reposta aos resultados dos exames laboratoriais para a internação

Nome do indicador:	Tempo médio de resposta aos resultados de exames laboratoriais para a internação
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) entre a solicitação do exame laboratorial no serviço de pronto atendimento e a disponibilização do resultado para o médico solicitante
Objetivo:	Garantir o resultado dos exames em tempo hábil, visando agilizar o diagnóstico, o tratamento e a tomada de decisões clínicas no pronto atendimento
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma dos tempos decorridos entre as solicitações dos exames laboratoriais e a disponibilização dos resultados Denominador: Somatório de exames laboratoriais solicitados no serviço do pronto atendimento
Fonte dos dados:	Sistema de gestão do laboratório de análises clínicas; sistema de prontuário eletrônico do paciente; planilha de registro de exames e resultados
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do Laboratório de análises clínicas
Meta:	≤ 240 minutos (4 horas)
Interpretação dos resultados:	Resultado > 240 minutos: Indica um tempo médio de resposta elevado, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

7.7.3 Tempo médio de reposta aos resultados dos exames laboratoriais para o ambulatório

Nome do indicador:	Tempo médio de resposta aos resultados de exames laboratoriais para o ambulatório
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Média do tempo decorrido (em minutos) entre a solicitação do exame laboratorial no serviço de pronto atendimento e a disponibilização do resultado para o médico solicitante
Objetivo:	Garantir o resultado dos exames em tempo hábil, visando agilizar o diagnóstico, o tratamento e a tomada de decisões clínicas no pronto atendimento
Fórmula do cálculo:	Numerador: Soma dos tempos decorridos entre as solicitações dos exames laboratoriais e a disponibilização dos resultados Denominador: Somatório de exames laboratoriais solicitados no serviço do pronto atendimento
Fonte dos dados:	Sistema de gestão do laboratório de análises clínicas; sistema de prontuário eletrônico do paciente; planilha de registro de exames e resultados
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do laboratório de análises clínicas
Meta:	≤ 1440 minutos (24 horas)
Interpretação dos resultados:	Resultado > 1440 minutos: Indica um tempo médio de resposta elevado, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

8. INDICADORES MULTIPROFISSIONAL DO CCF

8.1 INDICADOR DE DESEMPENHO DA FISIOTERAPIA

8.1.1 Taxa de pacientes avaliados nas primeiras 24h da admissão

Nome do indicador:	Taxa de pacientes avaliados nas primeiras 24h da admissão
Tipo do indicador:	Efetividade
Definição:	Percentual de pacientes admitidos que são avaliados pela equipe de fisioterapia nas primeiras 24 horas após a admissão
Objetivo:	Monitorar a eficiência da equipe de fisioterapia em avaliar os pacientes nas primeiras 24 horas após a admissão, que é fundamental para garantir a qualidade da assistência e prevenir complicações
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes avaliados nas primeiras 24h Denominador: Número total de pacientes admitidos* 100
Fonte dos dados:	Sistema de prontuário eletrônico do paciente; planilha de registro de avaliações fisioterapêuticas; relatórios de admissão de pacientes
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da fisioterapia
Meta:	100%
Interpretação dos resultados:	Resultado < 100%: Indica que nem todos os pacientes admitidos estão sendo avaliados pela equipe de fisioterapia nas primeiras 24 horas após a admissão, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

8.1.2 Percentual de interrupção total de oxigenoterapia nas enfermarias

Nome do indicador:	Percentual de interrupção total de oxigenoterapia nas enfermarias
Tipo do indicador:	Efetividade / Segurança
Definição:	Mede a proporção de pacientes internados que tiveram a oxigenoterapia suspensa de forma planejada e validada pela equipe assistencial, em decorrência de melhora clínica, em relação ao total de pacientes que utilizaram oxigenoterapia no período.
Objetivo:	Monitorar a eficiência da oxigenoterapia, identificar áreas de melhoria para reduzir a necessidade de oxigenoterapia e melhorar os resultados dos pacientes
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes que receberam oxigenoterapia nas enfermarias e que, em algum momento durante a internação, tiveram a oxigenoterapia totalmente suspensa, com a manutenção de níveis adequados de oxigenação sem suporte Denominador: Número total de pacientes que receberam oxigenoterapia nas enfermarias durante o período avaliado *100
Fonte dos dados:	Prontuários dos pacientes (registros de prescrição e suspensão da oxigenoterapia); sistema de gestão hospitalar; planilhas de controle de oxigenoterapia
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) da fisioterapia
Meta:	$\geq 90\%$
Interpretação dos resultados:	Resultado $< 90\%$: Indica que uma parcela significativa dos pacientes não consegue interromper totalmente a oxigenoterapia, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

8.1.3 Taxa de pacientes intubados que realizaram teste de respiração espontânea (TER)

Nome do indicador:	Taxa de pacientes intubados que realizaram teste de respiração Espontânea (TER)
Tipo do indicador:	Efetividade / Segurança
Definição:	Mede o percentual de pacientes em ventilação mecânica invasiva que foram submetidos ao Teste de Respiração Espontânea (TRE), dentro do período indicado para avaliação de desmame, em relação ao total de pacientes intubados elegíveis.
Objetivo:	Monitorar a eficácia da equipe em realizar o TER em pacientes intubados, o que é fundamental para avaliar a capacidade respiratória e planejar a extubação
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes intubados que realizaram o Teste de Respiração Espontânea (TER) durante o período de ventilação mecânica Denominador: Número total de pacientes intubados e submetidos à ventilação mecânica no período avaliado * 100
Fonte dos dados:	Prontuários dos pacientes (registros de ventilação mecânica e TER); sistema de gestão hospitalar; planilhas de controle de ventilação mecânica e ter
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da fisioterapia
Meta:	$\geq 80\%$
Interpretação dos resultados:	Resultado $< 80\%$: Indica que uma parcela significativa dos pacientes não realiza o TER, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

8.2 INDICADOR DE DESEMPENHO DO SERVIÇO SOCIAL

8.2.1 Taxa de evasão/desistência de tratamento

Nome do indicador:	Taxa de evasão/desistência de tratamento
Tipo do indicador:	Efetividade
Definição:	Percentual de pacientes que abandonam o tratamento antes da conclusão, seja por evasão (abandono sem comunicação) ou por desistência formal
Objetivo:	Monitorar a taxa de evasão de pacientes em tratamento, e identificar áreas de melhoria para reduzir a evasão e melhorar os resultados dos pacientes
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes que evadiram (abandonaram o tratamento sem comunicação) ou desistiram formalmente do tratamento antes da conclusão Denominador: Número total de pacientes admitidos para tratamento no período avaliado * 100
Fonte dos dados:	Prontuários dos pacientes; sistema de registro de frequência e acompanhamento; comunicações formais de desistência, por meio da assinatura do paciente
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do serviço social
Meta:	0%
Interpretação dos resultados:	Resultado > 0%: Indica que houve evasão ou desistência de pacientes, necessitando de análise para identificar as causas e implementar ações de melhoria

8.2.2 Taxa de pacientes/responsáveis com entrevista social nas primeiras 24h da admissão

Nome do indicador:	Taxa de pacientes/responsáveis com entrevista social nas primeiras 24h da admissão
Tipo do indicador:	Efetividade
Definição:	Percentual de pacientes admitidos (ou seus responsáveis) que são entrevistados pelo serviço social nas primeiras 24 horas após a admissão
Objetivo:	Monitorar a eficiência da equipe de serviço social em avaliar os pacientes nas primeiras 24 horas após a admissão, que é fundamental para garantir a qualidade da assistência e prevenir complicações
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes (ou seus responsáveis) que foram entrevistados pelo serviço social nas primeiras 24 horas após a admissão Denominador: Número total de pacientes admitidos no período* 100
Fonte dos dados:	Prontuários dos pacientes; sistema de registro de entrevistas do serviço social; relatórios de admissão de pacientes
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do serviço social
Meta:	100%
Interpretação dos resultados:	Resultado < 100%: Indica que nem todos os pacientes admitidos (ou seus responsáveis) estão sendo entrevistados pelo serviço social nas primeiras 24 horas após a admissão, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

8.3 INDICADOR DE DESEMPENHO NA NUTRIÇÃO

8.3.1 Percentual de avaliação nutricional nas primeiras 24 horas de internação

Nome do indicador:	Percentual de avaliação nutricional nas primeiras 24 horas de internação
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Percentual de pacientes admitidos que são avaliados pela equipe de nutrição nas primeiras 24 horas após a internação
Objetivo:	Monitorar a eficiência da equipe de nutrição em avaliar os pacientes nas primeiras 24 horas após a admissão, que é fundamental para garantir a qualidade da assistência e prevenir complicações, identificando riscos nutricionais e necessidades específicas.
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes que foram avaliados pela equipe de nutrição nas primeiras 24 horas após a internação Denominador: Número total de pacientes admitidos no período * 100
Fonte dos dados:	Prontuários dos pacientes; sistema de registro de avaliações nutricionais; relatórios de admissão de pacientes
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da nutrição
Meta:	100%
Interpretação dos resultados:	Resultado < 100%: Indica que nem todos os pacientes admitidos estão sendo avaliados pela equipe de nutrição nas primeiras 24 horas após a internação, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

8.3.2 Percentual de Pacientes com Déficit Nutricional

Nome do indicador:	Percentual de pacientes com déficit nutricional
Tipo de indicador:	Segurança
Definição:	Percentual de pacientes internados que apresentam déficit nutricional ou risco de desenvolver déficit nutricional, de acordo com a avaliação da equipe de nutrição
Objetivo:	Monitorar a prevalência de déficit nutricional em pacientes hospitalizados e identificar áreas de melhoria para otimizar a assistência nutricional e reduzir complicações relacionadas à desnutrição
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes internados que foram identificados pela equipe de nutrição como apresentando déficit nutricional (desnutrição) ou risco de desenvolver déficit nutricional Denominador: Número total de pacientes internados no período * 100
Fonte dos dados:	Prontuários dos pacientes; sistema de registro de avaliações nutricionais
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da nutrição
Meta:	Não se aplica
Interpretação dos resultados:	De forma geral, quanto menor o percentual, melhor, pois indica uma menor prevalência de déficit nutricional. A análise deve considerar a tendência do indicador ao longo do tempo

8.4 INDICADOR DE DESEMPENHO DA ODONTOLOGIA

8.4.1 Proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos preventivos e curativos realizados

Nome do indicador:	Proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos preventivos e curativos realizados
Tipo do indicador:	Efetividade / Qualidade
Definição:	Percentual de exodontias (extrações dentárias) realizadas em relação ao número total de procedimentos preventivos e curativos realizados em um determinado período
Objetivo:	Monitorar a proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos preventivos e curativos realizados, o que pode ajudar a identificar áreas de melhoria para a prevenção e tratamento de doenças dentárias, buscando reduzir a necessidade de extrações.
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de exodontias (extrações dentárias) realizadas no período Denominador: Número total de procedimentos preventivos (ex: profilaxia, aplicação de flúor, selantes) e curativos (ex: restaurações, endodontia, tratamento periodontal) realizados no mesmo período *100
Fonte dos dados:	Registros odontológicos dos pacientes; sistema de gestão do consultório ou clínica odontológica
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da Odontologia
Meta:	100%
Interpretação dos resultados:	Não é possível estabelecer uma meta fixa, pois algumas exodontias são inevitáveis. O ideal é analisar a tendência histórica do indicador e definir metas de redução gradual, buscando otimizar as ações preventivas e curativas

8.5 INDICADOR DE DESEMPENHO DA PSICOLOGIA

8.5.1 Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio

Nome do indicador:	Taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio
Tipo do indicador:	Segurança / qualidade
Definição:	Percentual de pacientes avaliados que são identificados como apresentando risco de vulnerabilidade emocional e/ou risco de suicídio
Objetivo:	Monitorar a taxa de pacientes em risco de vulnerabilidade emocional e risco de suicídio, o que pode ajudar a identificar áreas de melhoria para a prevenção e tratamento de doenças mentais e para a promoção da saúde emocional
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes que, após avaliação (psicológica, psiquiátrica ou outra avaliação de saúde mental), foram identificados como apresentando risco de vulnerabilidade emocional Denominador: Número total de pacientes avaliados quanto à saúde mental no período *100
Fonte dos dados:	Prontuários dos pacientes; registros de avaliações de saúde mental; instrumentos de avaliação, escalas, questionários em construção
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da Psicologia
Meta:	Não se aplica
Interpretação dos resultados:	A interpretação deve considerar a tendência do indicador ao longo do tempo e analisar em conjunto com outros indicadores de saúde mental. Um aumento na taxa pode indicar uma piora na saúde mental da população atendida ou uma melhoria na identificação dos casos de risco. Uma diminuição na taxa pode indicar uma melhora na saúde mental da população ou uma subnotificação dos casos

8.5.2 Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)

Nome do indicador:	Taxa de pacientes em cuidados paliativos (retaguarda)
Tipo do indicador:	Efetividade / qualidade
Definição:	Percentual de pacientes internados que estão recebendo cuidados paliativos, em um modelo de retaguarda (ou seja, quando o cuidado paliativo é oferecido em conjunto com o tratamento da doença de base)
Objetivo:	Monitorar a proporção de pacientes que necessitam e estão recebendo cuidados paliativos durante a internação, visando garantir uma assistência mais humanizada e focada no alívio do sofrimento, na melhora da qualidade de vida e no respeito à autonomia do paciente e seus familiares
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes internados que foram identificados como necessitando de cuidados paliativos e que estão recebendo essa modalidade de assistência. Denominador: Número total de pacientes internados no período * 100
Fonte dos dados:	Prontuários dos pacientes; registros de avaliação e acompanhamento de cuidados paliativos
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da Psicologia
Meta:	Não se aplica
Interpretação dos resultados:	A interpretação deve considerar a tendência do indicador ao longo do tempo e analisar em conjunto com outros indicadores de cuidados paliativos. Uma taxa baixa pode indicar uma subutilização dos cuidados paliativos, enquanto uma taxa alta pode indicar uma boa integração dos cuidados paliativos na assistência hospitalar

8.6 INDICADOR DE DESEMPENHO DA FONOAUDIOLOGIA

8.6.1 Taxa de decanulados

Nome do indicador:	Taxa de decanulados
Tipo do indicador:	Segurança / efetividade
Definição:	Percentual de pacientes traqueostomizados que foram submetidos à decanulação (retirada da cânula de traqueostomia) com sucesso
Objetivo:	Monitorar a taxa de decanulados, o que pode ajudar a identificar áreas de melhoria no processo de reabilitação e desmame da traqueostomia, visando otimizar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o tempo de internação
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes que foram submetidos à decanulação (retirada da cânula de traqueostomia) com sucesso, ou seja, que permaneceram sem a necessidade de recolocação da cânula nas primeiras 24 horas Denominador: Número total de pacientes com cânula de traqueostomia no período avaliado *100
Fonte dos dados:	Prontuários dos pacientes; registros de acompanhamento fonoaudiológico e relatórios de decanulação
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da fonoaudiologia
Meta:	Não se aplica
Interpretação dos resultados:	De forma geral, uma alta taxa de decanulados indica um bom manejo da traqueostomia e uma reabilitação eficaz, enquanto uma baixa taxa pode indicar o contrário. É importante analisar os resultados em conjunto com outros indicadores relacionados à traqueostomia

8.6.2 Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração

Nome do indicador:	Taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Percentual de pacientes identificados como tendo risco de broncoaspiração que são incluídos em um protocolo específico para prevenção e manejo da broncoaspiração
Objetivo:	Monitorar a taxa de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração, o que pode ajudar a identificar áreas de melhoria para a prevenção e tratamento de broncoaspiração
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de pacientes que foram identificados como tendo risco de broncoaspiração Denominador: Número total de pacientes identificados como tendo risco de broncoaspiração no período avaliado * 100
Fonte dos dados:	Prontuários dos pacientes; notificação na planilha de busca ativa; registros de triagem e avaliação de risco de broncoaspiração e listas de pacientes incluídos no protocolo de broncoaspiração
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da fonoaudiologia
Meta:	100%
Interpretação dos resultados:	Resultado < 100%: Indica que nem todos os pacientes identificados como tendo risco de broncoaspiração estão sendo incluídos no protocolo, necessitando de análise para identificar as causas e implementar ações de melhoria

CAPÍTULO 2

INDICADORES ADMINISTRATIVOS

9. INDICADORES ADMINISTRATIVOS RECOMENDADOS

9.1 INDICADORES DE DESEMPENHO DO SETOR DE AGENDAMENTO

9.1.1 Taxa de ocupação da agenda de consultas

Nome do indicador:	Taxa de ocupação da agenda de consultas
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Percentual de aproveitamento das agendas de atendimento, considerando a proporção de vagas efetivamente ocupadas por consultas agendadas em relação ao total de ofertas disponibilizadas para determinado período
Objetivo:	Gerenciar a agenda para otimizar a oferta
Fórmula do cálculo:	Numerador: N° de consultas agendadas / Denominador: N° de consultas ofertadas
Fonte dos dados:	Sistema
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do agendamento
Meta:	$\geq 95\%$
Interpretação dos resultados:	< 90%: Baixa ocupação da agenda. Alta ociosidade 90% – 95%: Ocupação adequada e eficiente; > 95% – 100%: Alta ocupação. Boa produtividade, mas com risco de saturação; > 100%: Capacidade excedida da agenda. Pode indicar pressão assistencial.

9.1.2 Taxa de ocupação da agenda de exames

Nome do indicador:	Taxa de ocupação da agenda de exames
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Percentual de aproveitamento das agendas de atendimento, considerando a proporção de vagas efetivamente ocupadas por exames agendados em relação ao total de ofertas disponibilizadas para determinado período
Objetivo:	Gerenciar a agenda para otimizar a oferta
Fórmula do cálculo:	Numerador: N° de exames agendados / Denominador: N° de exames ofertados
Fonte dos dados:	Sistema
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do agendamento
Meta:	≥ 95%
Interpretação dos resultados:	< 90%: Baixa ocupação da agenda. Alta ociosidade; 90% – 95%: Ocupação adequada e eficiente; > 95% – 100%: Alta ocupação. Boa produtividade, mas com risco de saturação; > 100%: Capacidade excedida da agenda. Pode indicar pressão assistencial.

9.2 INDICADORES DE DESEMPENHO DO SETOR DE FATURAMENTO

9.2.1 Taxa de boletim de produção ambulatorial individualizado (BPAI's) recusadas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Nome do indicador:	Taxa de BPAI's recusadas pela SES
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Percentual de registros ambulatoriais individualizados recusados no processo de faturado do SUS, em relação ao total de registros enviados
Objetivo:	Acompanhar a taxa de glosas sobre faturamento dos serviços habilitados apresentados para as cobranças do SUS
Fórmula do cálculo:	Numerador: Total de BPAI's recusados pela SES/ Denominador: Total de BPAI's realizadas no período * 100
Fonte dos dados:	Sistema
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do setor do faturamento
Meta:	$\leq 10\%$
Interpretação dos resultados	0% – 2%: Excelente conformidade dos dados. Baixíssimo índice de glosas; 2% – 5%: Nível aceitável de glosas, com falhas pontuais; 5% – 10%: Nível aceitável de glosas, com falhas pontuais; > 10%: Alta taxa de recusas. Perda financeira significativa.

9.2.2 Taxa de glosa sobre faturamento dos serviços habilitados apresentados para cobrança do SUS

Nome do indicador:	Taxa de glosa sobre faturamento dos serviços habilitados apresentados para cobrança do SUS
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Percentual do valor glosado (recusado) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em relação ao total de serviços habilitados apresentados para cobrança no faturamento
Objetivo:	Acompanhar a taxa de glosa sobre faturamento dos serviços habilitados apresentados para cobrança do SUS
Fórmula do cálculo:	Numerador: Total de autorização de internação hospitalar (AIH) glosadas para os serviços habilitados / Denominador: Total de autorização de internação hospitalar (AIH) referentes aos serviços habilitados apresentados ao SUS * 100
Fonte dos dados:	Sistema
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do setor do faturamento
Meta:	≤10%
Interpretação dos resultados:	0% – 2%: Excelente controle e conformidade; 2,1% – 5%: Satisfatório com necessidades de ajustes; 5,1% – 10%: Alerta – indícios de falhas processuais; ≤ 10%: Crítico – elevado impacto financeiro e assistencial.

9.3 INDICADORES DE DESEMPENHO DA COMISSÃO DE ÓBITO

9.3.1 Taxa de revisão de prontuários pela comissão de óbito

Nome do indicador:	Taxa de revisão de prontuários pela comissão de óbito
Tipo do indicador:	Segurança / Efetividade
Definição:	Percentual de prontuários de pacientes que foram a óbito no serviço e que foram efetivamente revisados pela Comissão de Óbito
Objetivo:	Gerenciar a causa dos óbitos ocorridos
Fórmula do cálculo:	Numerador: Total de Prontuários Revisados Pela Comissão de Óbito / Denominador: Total de Prontuários de Usuários que Foram a Óbito * 100
Fonte dos dados:	Sistema
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da comissão de óbito
Meta:	100%
Interpretação dos resultados:	90% – 100%: Excelente cobertura e efetividade da comissão; 70% – 89,9%: Boa cobertura, mas com margem para fortalecimento; 50% – 69,9%: Cobertura parcial com risco de subnotificação; ≤ 10%: Crítico – falha institucional relevante.

9.3.2 Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento

Nome do indicador:	Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento
Tipo do indicador:	Segurança
Definição:	Percentual de prontuários que foram finalizados de forma adequada após a alta, transferência ou óbito do paciente
Objetivo:	Acompanhar a Taxa de Prontuários Médicos Corretamente Finalizados após o Atendimento da Instituição
Fórmula do cálculo:	Numerador: Total de Prontuários Médicos Corretamente Finalizados Após o Atendimento / Denominador: Total de Atendimentos * 100
Fonte dos dados:	Sistema
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) da comissão de óbito
Meta:	25%
Interpretação dos resultados:	≥ 25%: Excelente cobertura e conformidade documental; 20% – 24,9%: Bom desempenho com necessidades de ajustes pontuais; 50% – 69,9%: Cobertura parcial com risco de subnotificação; ≤ 10%: Crítico – falha institucional relevante.

9.4. INDICADORES DE DESEMPENHO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (NEP)

9.4.1 Percentual de atividades de educação permanente

Nome do indicador:	Percentual de atividades de educação permanente
Tipo do indicador:	Efetividade
Definição:	Proporção de atividades de educação permanente realizadas em relação ao total de atividades previstas no plano anual (ou mensal) de capacitação da instituição, em um determinado período
Objetivo:	Acompanhar o Percentual de Colaboradores com Capacitação em Gestão Hospitalar
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de atividades realizadas no período Denominador: Número de atividades previstas no plano de educação permanente
Fonte dos dados:	Sistema/ Planilha setorial
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do núcleo de educação permanente
Meta:	$\geq 90\%$
Interpretação dos resultados:	$\geq 90\%$: Executa conforme o previsto em seu plano de educação permanente, promovendo atualização e qualificação contínua dos profissionais; $\leq 89\%$: o planejamento não está sendo efetivamente cumprido. Rever plano anual e investigar problemas que acarretam no não cumprimento.

9.5 INDICADORES DE DESEMPENHO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

9.5.1 Tempo médio de espera para realizar a internação de pacientes do pronto atendimento

Nome do indicador:	Tempo médio de espera para realizar a internação de pacientes do pronto atendimento
Tipo do indicador:	Eficiência / segurança
Definição:	Tempo médio decorrido entre a indicação médica de internação (registro em prontuário ou sistema) e a efetiva transferência do paciente do pronto atendimento (PA) para o leito de internação (enfermaria, unidade de terapia intensiva, etc.), em um determinado período
Objetivo:	Gerenciar a efetividade do pronto atendimento
Fórmula do cálculo	Numerador: Soma do tempo (em minutos) desde a chegada do paciente no pronto atendimento até a internação no período Denominador: Total de pacientes internos oriundas do pronto atendimento no mesmo período
Fonte dos dados:	Sistema
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do NIR
Meta:	≤ 6 horas
Interpretação dos resultados:	≤ 6 horas: Indica que o processo de internação está fluindo adequadamente, reduzindo o tempo de permanência desnecessária no pronto atendimento e minimizando riscos clínicos, como atraso no início de terapias ou exposição prolongada a ambientes de maior risco ≥ 6 horas: Sugere gargalos no processo de internação, como indisponibilidade de leitos, falhas na comunicação entre equipes, demora em liberações administrativas ou alta rotatividade no PA. Isso pode impactar negativamente a experiência do paciente, a segurança clínica e os resultados assistenciais

9.5.2 Índice de intervalo de substituição

Nome do indicador:	Índice de intervalo de substituição
Tipo do indicador:	Eficiência
Definição:	Mede o tempo médio que um leito permanece vago entre a saída de um paciente e a admissão de outro
Objetivo:	Avaliar a eficiência do processo de limpeza e preparação de leitos para a admissão de novos pacientes, buscando otimizar a disponibilidade de leitos e reduzir o tempo de espera
Fórmula do cálculo:	Numerador: Tempo total de leitos vagos no período / Denominador: Número total de altas no período *100
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico, sistema de internação)
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do NIR
Meta:	≤ 7 dias
Interpretação dos resultados:	Pode indicar gargalos no processo de limpeza e preparação de leitos, necessitando de análise para identificar as causas e implementar ações de melhoria

9.5.3 Taxa de mortalidade institucional

Nome do indicador:	Taxa de mortalidade institucional
Tipo do indicador:	Efetividade
Definição:	Proporção de óbitos ocorridos após 24 horas da internação em relação ao número total de saídas (altas, óbitos e transferências externas) em um determinado período
Objetivo:	Gerenciar a taxa de mortalidade institucional, identificando possíveis causas de óbitos e implementando ações para melhorar a qualidade da assistência e reduzir a mortalidade evitável.
Fórmula do cálculo:	Numerador: N° de Óbitos Ocorridos após 24 Horas da Internação no Período / Denominador: N° de Saídas (Altas, Óbitos, Transferências Externas) * 100
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico), registros de óbitos, sistema de internação
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do NIR
Meta:	$\leq 5 \%$
Interpretação dos resultados:	Pode indicar uma taxa de mortalidade elevada, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

9.5.4 Tempo médio de permanência institucional

Nome do indicador:	Tempo médio de permanência institucional
Tipo de indicador:	Eficiência
Definição:	Média do número de dias que os pacientes permanecem internados nas unidades de internação
Objetivo:	Avaliar o tempo médio de permanência do paciente na instituição
Fórmula do cálculo:	Numerador: N° de paciente dia no período / Denominador: Total de saídas no período (altas + óbitos + transferência externas)
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico, sistema de internação)
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do NIR
Meta:	≤ 15 dias
Interpretação dos resultados:	Pode indicar um tempo de permanência elevado, necessitando de análise para identificar possíveis causas e oportunidades de melhoria na gestão dos leitos e na eficiência dos processos assistenciais

9.5.5 Taxa de ocupação na instituição

Nome do indicador:	Taxa de ocupação institucional
Tipo de indicador:	Eficiência
Definição:	Percentual médio de leitos ocupados em relação ao número total de leitos disponíveis em um determinado período
Objetivo:	Avaliar a gestão dos leitos operacional no hospital. Está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência.
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de paciente dia no período / Denominador: Número de leitos dia no período * 100
Fonte dos dados:	Sistema de gestão hospitalar (prontuário eletrônico, sistema de internação)
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do NIR
Meta:	$\geq 80\%$
Interpretação dos resultados:	Pode indicar uma subutilização dos leitos, necessitando de análise para identificar possíveis causas e oportunidades de melhoria na gestão de leitos

9.5.6 Taxa de internação oriunda da urgência

Nome do indicador:	Taxa de internações oriundas da urgência
Tipo de indicador:	Efetividade
Definição:	Proporção de pacientes atendidos no Pronto Atendimento (PA) que evoluem para internação hospitalar. Reflete a efetividade do atendimento de urgência e sua capacidade de resolução
Objetivo:	Gerenciar a efetividade do pronto atendimento
Fórmula do cálculo:	Numerador: Total de internações oriundas do pronto atendimento no período / Denominador: Total de internações no período * 100
Fonte dos dados:	Sistema/ Planilha
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do NIR
Meta:	$\leq 40\%$
Interpretação dos resultados:	$\leq 40\%$: O Pronto Atendimento está conseguindo resolver a maioria dos casos sem necessidade de internação, o que pode indicar: Boa qualidade clínica e resolutividade da equipe do PA; Acesso adequado dos pacientes aos níveis anteriores de atenção (atenção básica e ambulatorial); Triagem eficaz, com internações apenas quando realmente necessárias; $> 40\%$: Há uma alta taxa de internação a partir do PA, o que pode indicar: Alta gravidade dos casos atendidos, com necessidade real de hospitalização; Baixa resolutividade do PA (dificuldade em manejar casos clínicos sem internação); Alta de acesso prévio à atenção primária, levando pacientes a buscar o PA já em estado avançado da doença.

9.6. INDICADORES DE DESEMPENHO DA OUVIDORIA

9.6.1 Taxa de resolubilidade da ouvidoria

Nome do indicador:	Taxa de resolubilidade da ouvidoria
Tipo do indicador:	Efetividade
Definição:	Percentual de manifestações registradas na ouvidoria que foram efetivamente resolvidas dentro do prazo e com resposta satisfatória ao demandante. Mede a capacidade da instituição de responder e solucionar as demandas dos usuários, promovendo melhoria contínua e segurança do paciente
Objetivo:	Garantir a satisfação do usuário
Fórmula do cálculo:	Numerador: Total de manifestações resolvidas / Denominador: Total de reclamações, solicitações e denúncias feitas à ouvidoria
Fonte dos dados:	Sistema/ planilha
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) da ouvidoria
Meta:	≥ 80%
Interpretação dos resultados:	≥ 80%: efetividade na gestão das manifestações; indica um bom funcionamento da ouvidoria como canal estratégico para captação de oportunidades de melhoria e promoção da segurança do paciente; contribui para o fortalecimento da confiança dos usuários e colaboradores na capacidade institucional de escuta e ação; ≤ 85%: Nível insatisfatório de resolução das manifestações, sugerindo fragilidades na resposta institucional às demandas recebidas; pode refletir dificuldades no fluxo de apuração, falta de retorno adequado ao usuário, ou baixa responsabilização das áreas envolvidas.

9.7. INDICADORES DE DESEMPENHO DO SETOR DE RECURSOS HUMANOS

9.7.1 Capacitação/ especialização dos gestores

Nome do indicador:	Capacitação/especialização dos gestores
Tipo de indicador:	Efetividade
Definição:	Percentual de colaboradores em cargos de gestão (coordenação, supervisão, gerência ou direção) que possuem capacitação formal em gestão hospitalar ou áreas correlatas
Objetivo:	Acompanhar o percentual de colaboradores com capacitação ou especialização em gestão hospitalar ou áreas correlatas
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de gestores com especialização e/ ou capacitação * 100 Denominador: Número total de gestores do hospital
Fonte dos dados:	Sistema/ planilha
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do setor de recursos humanos
Meta:	≥ 40%
Interpretação dos resultados:	≥ 40%: Indica que a instituição possui um percentual mínimo de gestores com capacitação em gestão hospitalar, favorecendo uma liderança mais qualificada, com maior capacidade de planejamento, tomada de decisão baseada em evidências e alinhamento às diretrizes de qualidade e segurança do paciente; 30% a 39% (Próximo da meta): Demonstra avanço, mas ainda insuficiente. Sinaliza a necessidade de estratégias institucionais para ampliar o acesso à capacitação e garantir uma gestão mais profissionalizada; < 30% (Abaixo da meta): Revela uma lacuna crítica na qualificação da liderança. Pode comprometer a eficácia da gestão hospitalar, aumentar os riscos operacionais e dificultar a implementação de políticas de segurança do paciente e boas práticas de governança.

9.7.2 Relação pessoal/leito

Nome do indicador:	Relação pessoal/leito
Tipo de indicador:	Eficiência
Definição:	Percentual de colaboradores assistenciais e administrativos em relação ao número de leitos operacionais, com o objetivo de avaliar se o dimensionamento de pessoal está adequado à demanda assistencial da instituição
Objetivo:	Acompanhar o dimensionamento do pessoal da instituição para atender a demanda de pacientes
Fórmula do cálculo:	Numerador: N° de funcionários contratados e de terceiros ativos na instituição Denominador: N° de leitos ativos
Fonte dos dados:	Sistema/ planilha diária do RH
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do setor de recursos humanos
Meta:	≤ 8%
Interpretação dos resultados:	≤ 8% (Meta adequada): Indica um dimensionamento equilibrado de pessoal por leito, refletindo uma gestão eficiente de recursos humanos. Reduz riscos de sobrecarga, absenteísmo e compromissos com a segurança do paciente, mantendo qualidade e sustentabilidade financeira; 9% a 10% (Ligeiramente acima da meta): Pode sinalizar superdimensionamento em algumas áreas ou processos ineficientes. Requer avaliação criteriosa por setor para identificar excessos ou desajustes pontuais; > 10% (Acima da meta): Sugere possível excesso de pessoal em relação à estrutura assistencial disponível, o que pode representar alto custo fixo e impacto na sustentabilidade econômica da instituição. Indica necessidade de reavaliar alocação de recursos, redistribuição de funções ou redimensionamento.

9.7.3 Taxa de rotatividade do pessoal (*Turn over*)

Nome do indicador:	Taxa de rotatividade do pessoal (<i>Turn over</i>)
Tipo de indicador:	Eficiência
Definição:	Percentual de colaboradores que deixaram a instituição em relação ao total de funcionários, dentro de um período determinado
Objetivo:	Acompanhar a taxa de rotatividade do pessoal (<i>Turn over</i>)
Fórmula do cálculo:	Numerador: Total de admissões + total de desligamento / 2 Denominador: Total de colaboradores ativos
Fonte dos dados:	Planilha
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do setor de recursos humanos
Meta:	$\leq 2,5\%$
Interpretação dos resultados:	$\leq 2,5\%$ (Meta atingida): Indica boa estabilidade da força de trabalho, favorecendo a manutenção do conhecimento institucional, a continuidade dos cuidados e a redução de custos com recrutamento e treinamento. Também sugere bom clima organizacional e políticas efetivas de retenção; 2,6% a 4% (Moderadamente acima da meta): Sinaliza atenção à retenção de talentos. Pode estar associado a fatores como sobrecarga de trabalho, insatisfação ou falhas nos processos de integração e desenvolvimento. Recomenda-se análise por área/setor; $> 4\%$ (Acima da meta): Indica alta rotatividade, o que pode comprometer a segurança do paciente, aumentar custos operacionais e afetar negativamente o clima organizacional. Exige ações estratégicas imediatas de retenção, revisão de práticas de gestão de pessoas e escuta ativa dos colaboradores.

9.7.4 Taxa de absenteísmo

Nome do indicador:	Taxa de absenteísmo
Tipo de indicador:	Eficiência
Definição:	Percentual de ausências dos colaboradores em relação à carga horária total prevista para o período
Objetivo:	Monitorar a frequência ao trabalho e identificar possíveis problemas de saúde ocupacional, clima organizacional ou insatisfação no ambiente de trabalho
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número total de horas ausentes/ Denominador: Número total de horas planejadas *100
Fonte dos dados:	Planilha
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do setor de recursos humanos
Meta:	$\leq 4,5\%$
Interpretação dos resultados:	$\leq 4,5\%$ (Meta atingida): Reflete boa assiduidade dos colaboradores, sugerindo condições adequadas de trabalho, bem-estar da equipe e gestão eficiente da força de trabalho. Contribui para a continuidade da assistência e redução de sobrecarga em outros profissionais; 4,6% a 6% (Moderadamente acima da meta): Indica necessidade de atenção. Pode refletir fatores como estresse ocupacional, ambiente de trabalho desfavorável, lideranças fragilizadas ou demandas físicas e emocionais excessivas. Requer investigação por setor e tipo de ausência; $> 6\%$ (Acima da meta): Sugere problema significativo de gestão de pessoas. Pode impactar diretamente na qualidade assistencial, aumentar custos com substituições, plantões extras e queda de produtividade. Exige ações imediatas em saúde ocupacional, clima organizacional, revisão de cargas de trabalho e estratégias de engajamento.

9.7.5 Taxa de colaboradores Assistenciais com especialização

Nome do indicador:	Taxa de colaboradores assistenciais com especialização
Tipo de indicador:	Efetividade
Definição:	Percentual de colaboradores da área assistencial (enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros) que possuem pós-graduação lato sensu (especialização) em sua área de atuação ou áreas correlatas
Objetivo:	Avaliar o nível de qualificação técnica da equipe assistencial
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de colaboradores (graduados) com especialização/ Denominador: Número total de funcionários assistenciais (graduados) * 100
Fonte dos dados:	Planilha
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador(a) do setor de recursos humanos
Meta:	≥ 50%
Interpretação dos resultados:	≥ 50% (Meta atingida): Indica alto nível de qualificação da equipe assistencial, o que favorece a prática baseada em evidências, o raciocínio clínico, a adesão a protocolos de segurança do paciente e o aprimoramento da assistência prestada. Reflete compromisso institucional com a formação contínua; 30% a 49% (abaixo da meta, porém em progresso): Sinaliza esforço institucional em andamento, mas ainda aquém do desejável. Reforça a necessidade de programas de incentivo à especialização, planos de carreira e apoio à formação continuada; < 30% (Significativamente abaixo da meta): Indica baixa qualificação da equipe assistencial, o que pode comprometer a qualidade e segurança do cuidado. Exige ações estruturadas de capacitação, análise de barreiras ao desenvolvimento profissional e revisão de políticas de valorização do corpo técnico.

9.8 INDICADOR DO SERVIÇO DE SEGURANÇA DO TRABALHO

9.8.1 Taxa de acidente de trabalho

Nome do indicador:	Taxa de acidente de trabalho
Tipo de indicador:	Segurança
Definição:	Proporção de novos casos de acidentes de trabalho registrados em relação ao número total de funcionários ativos na instituição em um determinado período
Objetivo:	Acompanhar a taxa de acidente de trabalho na instituição, identificando áreas de risco e implementando ações para prevenir acidentes e promover um ambiente de trabalho seguro
Fórmula do cálculo:	Numerador: Número de casos novos de acidente de trabalho registrados no período/ Denominador: Número de funcionários ativos no cadastro da instituição *100
Fonte dos dados:	Planilha de registro de acidentes de trabalho; Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT); Sistema de gestão de saúde e segurança do trabalho; Cadastro de funcionários da instituição.
Frequência da coleta:	Mensal
Responsável pela coleta:	Coordenador (a) do serviço especializado em engenharia de segurança e em medicina do trabalho (SESMT)
Meta:	$\leq 0,5 \%$
Interpretação dos resultados:	Pode indicar uma taxa de acidentes de trabalho elevada, necessitando de análise para identificar possíveis causas e implementar ações de melhoria

10. PRÓXIMOS PASSOS

- **Implementação:** Divulgar este Manual para toda a equipe e iniciar a coleta e análise dos indicadores.
- **Revisão:** Revisar e atualizar o manual periodicamente para garantir sua relevância e adequação às necessidades da instituição.
- **Capacitação:** Oferecer treinamento regular aos profissionais sobre a coleta, análise e interpretação dos indicadores.
- **Comunicação:** Divulgar os resultados dos indicadores para toda a equipe e para os pacientes, promovendo a transparência e o engajamento.

REFERÊNCIAS

DONABEDIAN, Avedis. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

LEAPE, Lucian L. et al. **A culture of safety in health care: a new imperative**. *JAMA*, v. 321, n. 24, p. 2421–2422, 2019.

MIRANDA, A. et al. **Manual de indicadores de desempenho hospitalar**. Maputo: Ministério da Saúde, Direção Nacional de Assistência Médica, 2022.

SMITH, John A.; et al. **Leveraging health information technology to improve hospital quality and patient safety: A systematic review**. *Health Informatics Journal*, v. 27, n. 4, p. 1460–1474, 2021.

VIEIRA, D.; DETONI, D. J.; BRAUM, L. M. S. **Indicadores de qualidade em uma unidade hospitalar**. In: SEMINÁRIO EM GESTÃO DE TECNOLOGIA – SEGeT, 2006, Resende. Anais [...]. Resende: AEDB, 2006. Disponível em: https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos06/680_Indicadores%20de%20qualidade%20em%20uma%20Unidade%20Hospitalar.pdf. Acesso em: 2 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: WHO Press, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety curriculum guide: multi-professional edition**. Geneva: WHO Press, 2011.