

CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO N.º 001/2025/SES/MT
PROCESSO N.º SES-PRO-2025/22650

Objeto: *Celebração de contrato de gestão com a SES/MT para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e seu Anexo I*

Assunto: Disponibilização das Fichas Técnicas dos Indicadores de Desempenho, Performance e Qualidade, em observância aos princípios da transparência e da publicidade.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT, em observância aos princípios da transparência e da publicidade, torna pública a disponibilização das **Fichas Técnicas dos Indicadores de Desempenho, Performance e Qualidade** relacionados ao Edital de Chamamento Público para Contrato de Gestão n.º 001/2025/SES/MT.

As referidas **fichas técnicas** não instituem novos indicadores, não criam obrigações adicionais, tampouco alteram critérios, metas ou parâmetros do Edital e seus anexos, especialmente do Anexo C do Plano de Trabalho, limitando-se a sistematizar e detalhar os indicadores expressamente previstos no instrumento convocatório e na minuta do contrato de gestão.

Os indicadores ali descritos já integram o modelo de avaliação e monitoramento contratual previsto no Edital, sendo utilizados como referência objetiva para o acompanhamento da execução contratual, sem qualquer inovação material, normativa ou procedimental.

Nos termos da metodologia consagrada pelo Ministério da Saúde, os **indicadores** constituem medidas quantitativas ou qualitativas destinadas a mensurar desempenho, eficiência, efetividade e qualidade das ações e serviços de saúde. As **fichas técnicas de indicadores**, por sua vez, configuram instrumentos técnicos auxiliares, de caráter operacional, destinados exclusivamente a explicitar, de forma padronizada, elementos como definição, finalidade, fórmula de cálculo, periodicidade de aferição, fonte de dados e parâmetros de análise, sem alteração do conteúdo material do indicador ou das metas pactuadas.

Nesse contexto, a disponibilização das fichas técnicas tem por finalidade exclusiva:

- assegurar ampla transparência administrativa quanto aos instrumentos de avaliação de desempenho;
- promover publicidade ativa das métricas já adotadas no monitoramento da execução do contrato de gestão;
- uniformizar a interpretação técnica dos indicadores, prevenindo assimetrias informacionais e riscos de interpretações divergentes;
- fortalecer os mecanismos de governança, controle, monitoramento e avaliação, em consonância com os princípios da legalidade, publicidade, eficiência e segurança jurídica.

Registra-se que a não divulgação prévia das fichas técnicas, por ocasião da publicação do Edital, decorreu de avaliação administrativa fundada em juízo técnico de suficiência das informações essenciais, considerando-se, naquele momento, que o **nível de detalhamento técnico-operacional e densidade/extensão** das fichas excederia o necessário à adequada compreensão do objeto, das metas e dos critérios de avaliação, os quais já se encontravam definidos no instrumento convocatório e em seus anexos. Tal circunstância não comprometeu a compreensão integral das condições de participação, tampouco afetou a isonomia entre as interessadas, a competitividade do certame ou a regular formação das propostas.

Todavia, em respeito ao fortalecimento do controle externo e do controle social, bem como aos princípios da transparência ativa e da governança pública, entendeu-se oportuno tornar públicas as fichas técnicas, como medida de aperfeiçoamento institucional e de ampliação do acesso às informações, sem qualquer impacto sobre as condições originalmente estabelecidas e pactuadas.

Ressalta-se, de forma expressa, que a presente disponibilização não configura retificação do Edital, não implica reabertura de prazos, não enseja revisão de propostas, não altera critérios de julgamento ou habilitação, nem produz qualquer efeito jurídico inovador, mantendo-se integralmente preservadas as condições originalmente estabelecidas no chamamento público, **a medida possui caráter exclusivamente informativo e explicativo**, destinada a subsidiar o adequado acompanhamento da execução contratual, sem criação, supressão ou modificação de direitos, deveres ou obrigações das partes.

As Fichas Técnicas dos Indicadores de Desempenho, Performance e Qualidade encontram-se disponibilizadas em anexo, para conhecimento dos interessados e para fins de transparência, controle e acompanhamento da execução do contrato de gestão.

Cuiabá - MT, 18 de dezembro de 2025.

WESLEY JEAN NUNES DA CUNHA BASTOS
Superintendente de Aquisições e Contratos – SUAC
(Assinado no original)

ANDERSON HENRIQUE DA SILVA MARTINS
Secretário Adjunto de Aquisições e Contratos – GBSAAC
(Assinado no original)

GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO
Secretário de Estado de Saúde
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT
(Assinado no original)

ANEXOS

FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DESEMPENHO, PERFORMANCE E QUALIDADE

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Qualidade da Informação: Percentual de AIH em saídas hospitalares (AIH/Saídas)	
1. Objetivo	Avaliar a proporção de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em relação ao total de saídas hospitalares em cada mês de competência, visando monitorar a adequação e completude das autorizações registradas frente à atividade hospitalar efetivamente concluída.
2. Denominação do Indicador	Percentual de AIH em Relação às Saídas Hospitalares
3. Interpretação	Esse indicador revela o grau de cobertura e completude das AIH em relação às saídas realizadas. Um valor próximo de 100% sugere alta aderência e completude na emissão de AIH, enquanto percentuais significativamente menores podem indicar sub registro, falhas de registro ou inconsistências nos dados.
4. Conceituação / Cálculo	<p>Apresentação da totalidade (100%) das AIH referentes às saídas em cada mês de competência.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cálculo: $\text{Percentual de AIH nas Saídas} = \frac{\text{Total de AIH emitidas referentes às saídas}}{\text{Total de saídas hospitalares no mês}} \times 100\%$ <ul style="list-style-type: none"> Formato de Apresentação: Apresentação mensal da totalidade (100%) das AIH referentes às saídas, conforme modelo de FQI da RIPS
5. Usos	<ul style="list-style-type: none"> Monitoramento regular da qualidade da informação nos sistemas hospitalares. Identificação de possíveis falhas operacionais ou problemas no fluxo de registro de AIH. Subsídio para ações de melhoria, auditoria e capacitação em unidades hospitalares. Apoio à gestão na garantia da integridade e completude dos dados para fins financeiros e estatísticos.
6. Limitações	<p>Se as saídas hospitalares não forem corretamente registradas (total ou parcialmente), o indicador pode apresentar distorções.</p> <p>Sistemas de informação com falhas técnicas ou procedimentos de registro inadequados podem comprometer a confiabilidade dos dados.</p> <p>A ausência, atraso ou erro na emissão da AIH afeta diretamente o valor calculado, comprometendo sua representatividade.</p>
7. Unidade de Medida	Percentual (%) por mês.
8. Tipo de Relação com as Variáveis	Indicador de proporção — mede a relação entre dois eventos relacionados (AIH emitidas sobre saídas hospitalares).
9. Periodicidade / Temporalidade	Mensal — cada mês de competência apresenta um valor do indicador.
10. Parâmetros (padrão)	≥ 60 %; ideal ≥ 80 %
11. Abrangência	Aplica-se à unidade hospitalar.
12. Fonte de Dados	<p>Totais de AIH emitidas (órgão responsável pelos dados de internação).</p> <p>Total de saídas hospitalares (sistema de gestão hospitalar ou administrativo).</p>

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Qualidade da Informação: Percentual de registros de CEP correspondentes ao endereço	
1. Objetivo	Avaliar a proporção de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em relação ao total de saídas hospitalares em cada mês de competência, visando monitorar a adequação e completude das autorizações registradas frente à atividade hospitalar efetivamente concluída.
2. Denominação do Indicador	Percentual de registros de CEP correspondentes ao endereço de residência do usuário do SUS, por localidade

3. Interpretação	Esse indicador reflete a confiabilidade dos registros de CEP como identificador da localidade de residência do usuário do SUS. Percentuais elevados (próximos a 100%) indicam alta consistência e completude dos dados geográficos. Valores baixos sugerem falhas no preenchimento, inconsistências nos sistemas ou ausência de validação, impactando negativamente a análise do perfil da demanda regional.
4. Conceituação / Cálculo	<p>Esse indicador mensura a proporção de registros de CEPs que correspondem efetivamente ao endereço de residência do usuário do SUS, evidenciando a qualidade da informação sobre localidade de origem da demanda. Esse parâmetro permite avaliar o grau de consistência e completude do dado de CEP como identificador da área de residência do usuário, essencial para mapear a adequada inserção regional do hospital. O indicador deve considerar, para cada período de competência, a totalidade de registros de CEP válidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de Cálculo: $\text{Percentual de CEP correspondente} = \left(\frac{\text{Número de registros de CEP correspondentes ao endereço}}{\text{Total de registros de CEP}} \right) \times 100\%$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: total de registros de CEP que correspondem corretamente ao endereço informado. ❖ Denominador: total de registros de CEP preenchidos no período analisado. ❖ Multiplicador: 100. ● Método de cálculo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Extrair a base de registros contendo campo de CEP e endereço. 2. Validar cada CEP: verificar se ele é válido e se corresponde ao endereço informado (municipalidade, bairro, logradouro). 3. Contabilizar quantos estão consistentes (numerador) e o total de registros com CEP preenchido (denominador). 4. Aplicar a fórmula acima para obter o percentual. <p>Caso o acesso à base de dados seja restrito, esse processo deve ser executado por equipe técnica especializada (TI autorizada), como prevê o modelo FQI.</p>
5. Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitorar a cobertura e completude dos dados de localização dos usuários no sistema de informação hospitalar. ● Ajudar a garantir que o hospital esteja sendo acessado por sua população de referência. ● Subsidiar ações de melhoria na qualidade dos registros, capacitação da equipe de admissão e auditorias dos sistemas. ● Contribuir para o planejamento regional da saúde, avaliação de acessibilidade e deslocamento de pacientes.
6. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> - Registros com CEP inválido ou ausente comprometem o cálculo. - Endereço desatualizado ou inconsistência entre CEP e logradouro dificultam a validação automática. - Dependência de bases de referência externas (como cadastros municipais ou nacionais de CEP) – sua desatualização afeta a precisão do indicador. - Sistemas com arquitetura limitada ou sem campos obrigatórios para CEP podem gerar subregistro.
7. Unidade de Medida	Percentual (%) por mês.
8. Tipo de Relação com as Variáveis	Indicador de proporção — mede a relação entre dois eventos relacionados (AIH emitidas sobre saídas hospitalares).
9. Periodicidade / Temporalidade	Mensal/ trimestral — cada competência apresenta um valor do indicador.
10. Parâmetros (padrão)	≥ 95 %
11. Abrangência	Aplica-se à unidade hospitalar regional, caso seja consolidado em níveis de rede ou estado.
12. Fonte de Dados	<p>Base de registros hospitalares com CEP e endereço (sistema de gestão hospitalar ou prontuário eletrônico).</p> <p>Base de validação de CEP (por exemplo, dos Correios ou base municipal).</p>

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Regulação de Acesso: Tempo de resposta do NIR às solicitações de vagas	
1. Objetivo	QUALIDADE DA GESTÃO
2. Denominação do Indicador	Tempo de resposta do NIR às solicitações de vagas
3. Interpretação	Altos valores (próximos a 100 %) indicam eficácia e agilidade na regulação de acesso, redução de risco clínico e melhor gestão dos fluxos. Baixos valores apontam necessidade de correção de processos, ampliação de equipe ou aprimoramento das tecnologias de informação para evitar atrasos que possam levar ao agravamento do paciente ou ao uso inadequado de recursos.
4. Conceituação / Cálculo	<p>Este indicador mede a capacidade da unidade de Regulação de Internação (NIR) em responder às solicitações de vagas (seja com aceite ou recusa) no prazo de até 60 minutos após o acionamento pela central de regulação. Serve como parâmetro para avaliar eficiência operacional, uso racional dos recursos e prevenção de agravamentos clínicos decorrentes de atrasos na resposta. Deve ser coerente com fórmulas, unidade de medida, periodicidade e abrangência geográfica modelo FQI</p> <p>● Fórmula de Cálculo:</p> $\frac{\text{Nº de solicitações de vaga de UTI respondidas (com aceite ou recusa) dentro do prazo estabelecido no período}}{\text{Total de solicitações no mesmo período}} \times 100$ <p>❖ Numerador: número de solicitações de vaga de UTI com resposta (aceite ou recusa) prestada pela NIR em até 60 minutos após solicitação da central.</p> <p>❖ Denominador: total de solicitações de vagas recebidas no período considerado.</p> <p>❖ Multiplicador: × 100, para resultar em percentual.</p> <p>1. Método de cálculo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar, em sistema ou planilha, cada solicitação de vaga de UTI, incluindo <i>timestamps</i> de solicitação de vaga de UTI e de resposta (aceite ou recusa)/ reserva UTI. 2. Calcular o tempo (tempo médio (h)) de resposta (diferença entre tempo de solicitação de vaga de UTI e resposta/ reserva UTI). 3. Contar quantas respostas (aceite ou recusa)/ reserva UTI ocorreram em até 60 minutos (numerador) e total de solicitações de vaga de UTI (denominador). 4. Aplicar a fórmula acima para obter o percentual. Pode exigir automação via sistema de regulação ou equipe de apoio técnico, conforme prevê o modelo FQI
5. Referência de Meta	Mínimo de 85% de respostas às solicitações em até 60 minutos.
6. Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoramento da eficiência da NIR no tempo de resposta. ● Identificação de gargalos operacionais ou sistêmicos. ● Suporte para ajustes de protocolização, escalas de plantão, fluxos e infraestrutura. ● Instrumento de avaliação em contratos com a OSS e para auditoria interna. ● Subsídio a ações de melhoria contínua e capacitação da equipe de regulação.
7. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Necessita registro preciso de timestamps; eventuais falhas no registro comprometem o indicador. ● Respostas informais (por telefone, sem registro eletrônico) podem não ser contabilizadas. ● Casos de urgência extrema podem distorcer o indicador se não forem devidamente categorizados. ● Diferenças de horário (se a unidade e central usam sistemas distintos) podem interferir no cálculo. ● Pode não refletir qualidade da resposta (apenas tempo), o que exige acompanhamento qualitativo complementar.
8. Fonte de Dados	Sistema de informação da central de regulação ou plataforma de NIR (com registro de solicitações e respostas, incluindo <i>timestamps</i>). Alternativamente, relatórios ou <i>logs</i> de controle operacional.
9. Unidade de Medida	Percentual (%)

10. Parâmetro (padrão)	≤ 1 h
11. Periodicidade/Temporalidade	Mensal — calculado para cada mês de competência.
12. Abrangência	Aplica-se ao nível da unidade hospitalar, ao conjunto de unidades de regulação ou em escala regional, conforme escopo contratual da OSS.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Regulação de Acesso: Comparativo contratado x ofertado	
1. Objetivo	Avaliar o desempenho operacional na oferta de serviços do SUS em relação ao volume contratado, permitindo verificar se a quantidade de vagas disponibilizadas está em conformidade com o previsto contratualmente, em especial para consultas médicas especializadas, exames e procedimentos, contribuindo para a eficiência da programação e a satisfação da demanda.
2. Denominação do Indicador	Comparativo entre Vagas Contratadas e Vagas Ofertadas para Usuários do SUS (por tipo de serviço) / % Vagas Ofertadas vs Contratadas
3. Interpretação	<ul style="list-style-type: none"> Valores próximos a 100% indicam adequação da oferta ao contratado. Percentuais abaixo de 100% podem sinalizar defasagem de oferta, subutilização de capacidade ou falta de recursos; percentuais acima de 100%, embora raros e potencialmente errôneos, podem indicar sobreoferta ou inconsistências nos registros, ambos requerendo verificação.
4. Conceituação / Cálculo	<p>Esse indicador expressa a proporção entre o volume de vagas ofertadas e o volume de vagas contratadas, separadamente para cada categoria de serviço (consultas médicas especializadas, exames e procedimentos). A análise permite identificar possíveis desvios na execução contratual, seja por subutilização ou sobrecarga. Deve adotar uma base de cálculo coerente com os conceitos, fórmula, unidade de medida, periodicidade e abrangência geográfica conforme modelo FQI</p> <ul style="list-style-type: none"> Fórmula de Cálculo: Para cada tipo de serviço (consultas especializadas / exames / procedimentos): $\text{Percentual} = \frac{\text{Volume de vagas ofertado}}{\text{Volume de vagas contratado}} \times 100\%$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: total de vagas efetivamente ofertadas no período para determinado tipo de serviço. ❖ Denominador: total de vagas contratadas no mesmo período e tipo de serviço. ❖ Multiplicador: 100 — para conversão em percentual. Método de cálculo: <ol style="list-style-type: none"> Obter os dados mensais de volume contratado e volume ofertado, discriminados por tipo de serviço (consultas, exames, procedimentos). Aplicar a fórmula acima para cada categoria. Preferencialmente, realizar os cálculos via sistema de gestão que permita automação e confiabilidade nos dados. Garantir que as bases de dados estejam atualizadas e acessíveis à equipe técnica ou TI autorizada. <p>A Central Estadual de Regulação deverá estratificar a oferta de procedimentos por:</p> <ol style="list-style-type: none"> Consultas médicas especializadas x 0,25 = % Métodos de diagnóstico por especialidades x 0,25 = % Procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade x 0,25 = % Procedimentos cirúrgicos eletivos de alta complexidade x 0,25 = % <p>Após o cálculo de cada item, soma-se os quatro resultados para obter o percentual final e enquadramento conforme a oferta de procedimentos.</p>
Referência de Meta	<p>100% para consultas médicas especializadas, métodos de diagnóstico por especialidades e procedimentos cirúrgicos eletivos</p> <p>O Percentual final (a+b+c+d) será enquadrado em:</p>

	<p>Oferta Excelente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentual de 100%. • Interpretação: Indica que a oferta atende o volume contratualizado e a demanda da regulação. <p>Oferta Satisfatória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentual entre 85% e 99,99%. • Interpretação: Indica que a oferta está dentro contratualizado, mas há possibilidade de melhoria quanto a oferta de procedimentos. <p>Oferta Insatisfatória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentual entre 75% e 84,99%. • Interpretação: Indica que a oferta está abaixo do contratualizado, não atendendo a demanda da fila de regulação, necessitando de intervenções. <p>Oferta Muito Insatisfatória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentual abaixo 75%. • Interpretação: Indica que a oferta está abaixo do contratualizado, não atendendo a demanda da fila de regulação, necessitando de intervenções imediatas.
Definição de Termos	<p>Volume de procedimentos ofertados: Número total de procedimentos para consultas médicas especializadas, métodos de diagnóstico por especialidades e procedimentos cirúrgicos eletivos efetivamente disponibilizados no período.</p> <p>Volume de procedimentos contratado: Número total de procedimentos estimados no contrato para consultas médicas especializadas, métodos de diagnóstico por especialidades e procedimentos cirúrgicos eletivos</p> <p>Fila de espera: a fila de espera ocorre sempre que a procura por determinado serviço é maior que a capacidade do sistema de prover os serviços. A gestão da fila de espera é uma estratégia que visa disponibilizar o recurso assistencial adequado a cada usuário. A Central Estadual de Regulação deverá gerenciar a fila de espera com vista a aumentar a capacidade de atendimento da unidade contratada em consonância com os procedimentos contratualizados, reduzindo o tempo de espera para o acesso do paciente.</p>
6. Usos	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento da conformidade entre o planejamento contratual e a oferta realizada. • Suporte à gestão operacional e à OSS para ajustes em tempo real ou em planejamentos subsequentes. • Instrumento de avaliação de desempenho e cumprimento de metas no contrato de gestão. • Auxílio na alocação de recursos e identificação de gargalos ou excessos em todas as modalidades de serviço.
7. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> • Dependência da precisão dos registros de vagas contratadas/ofertadas. • Potenciais inconsistências entre os bancos de dados Fonte (contrato) e Sistema de Gestão. • Diferenças temporais: se o contratual e a oferta não estiverem no mesmo período de competência, o indicador pode ficar distorcido. • Variedades de interpretação (ex.: ofertas canceladas ou redirecionadas) devem ser padronizadas no sistema.
8. Fonte de Dados	<p>Registros contratuais (volume de vagas contratadas por tipo).</p> <p>Sistemas de gestão operacional (volume efetivamente ofertado por tipo).</p> <p>Planilhas de controle ou relatórios eletrônicos, validados pela equipe técnica ou TI.</p>
9. Unidade de Medida	Percentual (%)
11. Periodicidade/Temporalidade	Mensal — indicador gerado por mês de competência.
12. Abrangência	Aplicável à unidade hospitalar, grupo de atenção (consulta/exame/procedimento), ou rede sob gestão da OSS, conforme o escopo do monitoramento.
Referências	<p>Organização Mundial da Saúde. <i>"Hospital Management Guidelines for Efficient Resource Allocation"</i>. WHO, 2018.</p> <p>Ministério da Saúde. <i>"Manual de Regulação de Acesso e Serviços de Saúde"</i>. Brasil, 2017.</p>

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho - Humanização e Cuidados Paliativos

1. Objetivo	Humanização e Cuidados Paliativos.
2. Denominação do Indicador	Desempenho da Comissão de Humanização e Cuidados Paliativos: Formação, Plano Institucional e Equipe Multiprofissional / % Humanização e CP: Comissão Ativa
3. Interpretação	Valores elevados indicam maturidade institucional na promoção de práticas humanizadas e cuidados paliativos, com esse trabalho legitimado e integrado à gestão e aos processos assistenciais. Valores baixos podem sinalizar fragilidades na estruturação das comissões, ausência de planejamento institucional e lacunas na capacitação da equipe.
4. Conceituação	<p>Este indicador avalia a atuação e consolidação das estruturas de humanização e cuidados paliativos na instituição de saúde, considerando três componentes essenciais:</p> <p>Formação e continuidade de grupos de humanização: capacidade dos grupos em promover diálogos, propostas de melhoria nos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde, com legitimidade entre gestores e trabalhadores.</p> <p>Formulação e acompanhamento do Plano Institucional de Humanização (PIH): existência, implementação e monitoramento efetivo do plano.</p> <p>Formação e continuidade de equipe multiprofissional especializada em Cuidados Paliativos: estruturação e manutenção de equipe com formação específica e atuação contínua.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo <p>Se cada um dos três componentes (formação de grupos, PIH, equipe CP) for avaliado como "implantado e em andamento", atribui-se valor 1; caso contrário, 0. O indicador pode ser calculado como média percentual:</p> $\text{Indicador (\%)} = \left(\frac{\text{Componentes implantados}}{3} \right) \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> ● Método de cálculo <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar os três componentes: existência de grupos ativos de humanização, presença de PIH formulado e acompanhado, equipe formada e contínua em cuidados paliativos. 2. Atribuir 1 a cada componente satisfatório. 3. Somar os pontos (0–3). 4. Aplicar a fórmula acima para obter o percentual relativo à performance da comissão.
5. Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitorar e qualificar iniciativas de humanização e cuidados paliativos. ● Subsidiar estratégias, capacitações e planos de ação para aprimorar práticas institucionais. ● Avaliar o cumprimento de cláusulas contratuais e pactuações da OSS. ● Facilitar o diálogo entre equipe, gestão e controle social, respaldando justificativas para investimentos em formação e estruturação das comissões.
6. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Alto grau de subjetividade na avaliação da legitimidade dos grupos e efetividade do PIH. ● Dependência de dados qualitativos e relatos que exigem validação documental. ● Instabilidade se grupos ou comissões forem transitórios ou não formalizados. ● Diferenças no nível de maturidade entre setores impactam na comparabilidade.
7. Categorias de análise	<p>Acompanhamento desagregado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Unidade hospitalar / setor assistencial ● Tipo de serviço (humanização vs. cuidados paliativos) ● Regional ou rede de atenção, se aplicável.
8. Granularidade	Disponível por estabelecimento de saúde ou rede, e, se desejado, por setor ou serviço específico.

9. Periodicidade de atualização	Trimestral ou semestral — dado o caráter processual das ações de humanização e cuidados paliativos, sua evolução tende a ser mais lenta e qualitativa.
10. Responsabilidade gerencial	Comissão institucional de Humanização e Cuidados Paliativos, com apoio da área de Qualidade ou Educação Institucional da OSS.
11. Notas	<ul style="list-style-type: none"> • Pode-se enriquecer o indicador com relatórios descritivos: número de reuniões, temas abordados, adesão das equipes. • Recomenda-se associar o percentual a indicadores complementares de percepção dos usuários e trabalhadores, para uma avaliação mais completa.
12. Análise descritiva do indicador	Ideal apresentar em relatório visual com gráfico de evolução, destacando componentes por cor (por exemplo, verde para implantado, amarelo para parcial, vermelho para ausente). Complementar com narrativa sobre o impacto observado na cultura organizacional, registros de iniciativas concretas e feedback de trabalhadores.
13. Fonte de Dados	Documentos oficiais (ata de reuniões, registros de capacitação, versões do PIH). Relatórios de atuação das comissões e equipes de cuidados paliativos. Sistemas ou planilhas da instituição que registrem formações e estruturação das equipes.
14. Unidade de Medida	Percentual (%)
15. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal — indicador gerado por mês de competência.
16. Abrangência	Aplicável à unidade hospitalar, grupo de atenção (consulta/exame/procedimento), ou rede sob gestão da OSS, conforme o escopo do monitoramento.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH: Taxa de Infecção Hospitalar (TIH)

1. Objetivo	Acompanhar de forma sistemática a frequência de infecções hospitalares em pacientes do SUS, servindo como medida da qualidade da assistência e do desempenho da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).
2. Denominação do Indicador	Taxa de Infecção Hospitalar (TIH) – Indicador de desempenho em controle de infecção (CCIH)
3. Nome Resumido	TIH (% sobre saídas hospitalares)
3. Interpretação	Valores menores de TIH indicam melhor qualidade assistencial e maior eficácia das práticas de controle de infecção. Já valores mais altos apontam fragilidades no controle de infecção e potencial aumento de morbidade, mortalidade e custos hospitalares.
4. Conceituação / Cálculo	<p>A Taxa de Infecção Hospitalar (TIH) é o percentual resultante da relação entre o número de episódios de infecção adquirida durante a internação (após as primeiras 72 horas da admissão) e o total de saídas hospitalares no mesmo período. Um paciente pode apresentar um ou mais episódios. Esse indicador permite monitorar a qualidade da assistência por meio da vigilância dos eventos infecciosos relacionados ao ambiente hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fórmula de cálculo $TIH (\%) = \left(\frac{\text{nº de episódios de infecção hospitalar (} \geq 72 \text{ h)}}{\text{nº total de saídas no período}} \right) \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos após 72 horas da admissão, manifestados durante a internação ou após alta. ❖ Denominador: total de saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências) no período. ❖ Multiplicador: 100 — para conversão em percentual. • Método de cálculo <ol style="list-style-type: none"> 1. Obter registros da CCIH com datas de admissão, ocorrência de infecção e alta para identificar episódios após 72 horas da admissão. 2. Contar total de episódios (numerador).

	<p>3. Obter o total de saídas hospitalares no período (denominador).</p> <p>4. Aplicar a fórmula acima.</p>
5. Usos	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento contínuo da segurança do paciente. • Acompanhamento do desempenho da CCIH. • Subsídio para ações corretivas em políticas de higiene, protocolos de precaução e estrutura de controle. • Avaliação contratual da OSS em termos de qualidade da assistência. • Base para auditoria institucional e relatórios de qualidade.
6. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> • Correta identificação da janela $\geq 72h$ é essencial; erros podem superestimar ou subestimar o indicador. • Registros incompletos ou falta de notificação comprometem a confiabilidade. • Casos pós-alta podem não ser capturados se não houver sistema de vigilância ativa. • Diferenças metodológicas entre instituições dificultam comparabilidade direta.
7. Categorias de análise	<p>Acompanhamento desagregado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidade hospitalar / setor assistencial • Tipo de serviço (humanização vs. cuidados paliativos) • Regional ou rede de atenção, se aplicável.
8. Granularidade	Disponível por estabelecimento de saúde ou rede, e, se desejado, por setor ou serviço específico.
9. Periodicidade de atualização	Trimestral ou semestral — dado o caráter processual das ações de humanização e cuidados paliativos, sua evolução tende a ser mais lenta e qualitativa.
10. Responsabilidade gerencial	Comissão institucional de Humanização e Cuidados Paliativos, com apoio da área de Qualidade ou Educação Institucional da OSS.
11. Notas	<ul style="list-style-type: none"> • Pode-se enriquecer o indicador com relatórios descritivos: número de reuniões, temas abordados, adesão das equipes. • Recomenda-se associar o percentual a indicadores complementares de percepção dos usuários e trabalhadores, para uma avaliação mais completa.
12. Análise descritiva do indicador	Este indicador pode ser apresentado por meio de gráficos de linha mensal, comparando com metas de TIH estabelecidas (por exemplo, $\leq 5\%$ em geral, dependendo do tipo de hospital e vigilância). A análise deve incluir comentários sobre variações significativas, correlações com eventos (como surtos) e recomendações de ações preventivas.
13. Parâmetros (padrão)	$\leq 5\%$ (cirúrgicas limpas e urinárias)
14. Fonte de Dados	Sistemas de informação hospitalar e CCIH (registros de infecção e admissões). Base corporativa de saídas hospitalares (Sistema de Gestão Hospitalar/Internação).
15. Unidade de Medida	Percentual (%)
16. Periodicidade/Temporalidade	Mensal — análises por mês de competência.
17. Abrangência	Aplicável a toda a instituição hospitalar ou, quando desejado, por setores/unidades específicas (por exemplo, UTI, clínica cirúrgica etc.).
Referências de ficha técnica similar:	<p>Modelo de indicador elaborada pelo PROADI-SUS define numerador como “episódios de infecção hospitalar ocorridos no mês” e denominador como “número de pacientes-dia no mês”</p> <p>Manual da Prefeitura do Rio esclarece que TIH pode ser calculada como “pacientes com infecção hospitalar” sobre “pacientes internados”, enfatizando sua aplicabilidade em vigilância assistencial</p>

1. Objetivo	Monitorar a incidência ajustada temporalmente de infecções hospitalares adquiridas após 72 h em UTI Adulto, avaliando a eficácia das práticas de controle de infecção e qualidade da assistência.
2. Denominação do Indicador	Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto (episódios por 1.000 pacientes-dia)
3. Nome Resumido	Densidade IRAS UTI Adulto (/1.000 pd-UTI)
4. Interpretação	Valores mais baixos indicam uma menor taxa de infecção ajustada pelo tempo de exposição, o que representa práticas eficazes de controle de infecção na UTI. Valores elevados apontam para maior risco associado a tempo de internação e possíveis falhas nas medidas preventivas.
5. Conceituação / Cálculo	<p>A densidade de infecção hospitalar é definida como a taxa de episódios de infecção que ocorrem em pacientes internados por mais de 72 h na UTI Adulto, ajustada pelo tempo de exposição — representado pelos pacientes-dia. Expressa-se em número de infecções por 1.000 pacientes-dia, o que permite comparações entre períodos ou unidades de diferentes tamanhos populacionais e ocupação.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo: $\text{Densidade UTI Adulto (por 1.000 pacientes-dia)} = \frac{\text{Nº de episódios de infecção hospitalar em UTI } (\geq 72 \text{ h})}{\text{Nº de pacientes-dia em UTI no mês}} \times 1$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos após 72 horas da admissão na UTI, manifestados durante a internação ou após alta. ❖ Denominador: total de pacientes-dia gerados na UTI durante o mês — cada paciente internado por um dia conta como um paciente-dia, independentemente do horário da admissão, desconsiderando-se o dia da saída; ❖ Multiplicador: × 1.000, para facilitar a interpretação epidemiológica. ● Método de cálculo <ol style="list-style-type: none"> 1. Coleta do numerador: por busca ativa e rotineira, identificar episódios de infecção hospitalar que ocorreram após 72 h da admissão na UTI. 2. Cálculo do denominador: somar diariamente o número de pacientes internados ao longo do mês (cada paciente gera um paciente-dia), excluindo o dia da saída; 3. Aplicar a fórmula indicada acima para gerar a densidade em infecções por 1.000 pacientes-dia.
6. Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Sustentar o monitoramento contínuo da segurança do paciente em UTI. ● Informar o desempenho da CCIH e orientar melhorias clínicas e organizacionais. ● Viabilizar comparações entre unidades e ao longo do tempo, graças ao ajuste por pacientes-dia. ● Suporte para auditoria interna, relatórios assistenciais e avaliação pela OSS e órgãos reguladores.
7. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Requer registros precisos e sistemáticos de infecção e contagem diária de pacientes-dia. ● Possíveis variações metodológicas entre instituições podem afetar comparabilidades. ● A densidade considera o tempo de permanência, mas não distingue por gravidade, tipo de infecção ou perfil dos pacientes.
8. Parâmetros (padrão)	≤ 10/1.000 pd (infecção total)
9. Fonte de Dados	<p>Sistemas de vigilância clínica e laboratorial da CCIH, que registrem episódios de infecção pós-72 h na UTI.</p> <p>NOTIVISA</p> <p>Sistemas de gestão hospitalar, que permitam cálculo do total de pacientes-dia por dia/mês.</p>
10. Unidade de Medida	Número de infecções por 1.000 pacientes-dia.
11. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal — as infecções e pacientes-dia devem ser somados por mês de competência.

12. Abrangência	Aplicável à UTI Adulto da unidade hospitalar. Pode ser ampliada para comparar diferentes UTIs Adulto dentro da rede da OSS.
-----------------	---

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH: Densidade de Incidência de ICS associada a CVC na UTI Adulto	
1. Objetivo	Monitorar a incidência ajustada temporalmente de infecções hospitalares adquiridas após 72 h em UTI Adulto, avaliando a eficácia das práticas de controle de infecção e qualidade da assistência.
2. Denominação do Indicador	Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada a CVC em UTI Adulto (por 1.000 CVC-dia)
3. Nome Resumido	Densidade ICS-CVC UTI Adulto (/1.000 CVC-dia)
4. Interpretação	Valores mais baixos indicam controle efetivo de infecção e boa assistência; valores altos indicam maior risco e possível fragilidade nas práticas de cuidado com CVC.
5. Conceituação / Cálculo	<p>Relação entre o número de episódios de ICS adquiridas após ≥ 48 h da inserção/uso do CVC e o total de CVC-dia em uso na UTI Adulto, multiplicado por 1.000, ajustando o indicador à exposição ao dispositivo invasivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo: $\text{Densidade ICS-CVC (/1.000 CVC-dia)} = \left(\frac{\text{Número de episódios de ICS } (\geq 48 \text{ h após inserção/uso do CVC})}{\text{CVC-dia no período}} \right) \times$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Total de episódios de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes internados em UTI Adulto, com CVC inserido há ≥ 48 h, identificados durante o mês. ❖ Denominador: CVC-dia no período: soma diária do número de pacientes em uso de CVC na UTI. Como padrão, cada paciente com ≥ 1 CVC conta apenas uma vez por dia; ❖ Multiplicador: × 1.000, para facilitar a interpretação epidemiológica. ● Método de cálculo <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar de forma ativa casos de ICS (busca em prontuários, laboratórios, CCIH). 2. Contar diariamente pacientes com CVC na UTI (cada paciente = 1 CVC-dia). 3. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima
6. Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoramento da CCIH; gestão clínica na UTI; ● comparação temporal e entre unidades; ● auditoria da OSS; ● indicadores para relatórios institucionais.
7. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Necessidade de coleta rigorosa; ● possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; ● não distingue gravidade da infecção; subnotificação pode afetar a acurácia
8. Parâmetros (padrão)	≤ 3/1 000 dias-CVC
9. Fonte de Dados	Registros da CCIH, prontuários, Sistemas laboratoriais (numerador); Sistema hospitalar ou planilha de controle (CVC-dia).
10. Unidade de Medida	Infecções por 1.000 CVC-dia
11. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
12. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Metas de referência	Por exemplo, densidade ≤ percentil 25 do grupo de comparação; valores típicos reportados: 1,5–6,2/1.000 CVC-dia

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH: Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI Adulto	
1. Objetivo	Acompanhar a ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) adulto, visando avaliar a

	qualidade da assistência e a efetividade das práticas de controle de infecção hospitalar.
2. Denominação do Indicador	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI Adulto
3. Interpretação	Valores mais baixos indicam controle efetivo de infecção e boa assistência; valores altos indicam maior risco e possível fragilidade nas práticas de cuidado com CVC.
4. Conceituação / Cálculo	<p>Este indicador caracteriza-se pelo número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em UTI adulto, diagnosticados após 48 horas de ventilação mecânica, até a sua suspensão.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fórmula de cálculo: $\text{Densidade de Incidência de PAV} = \left(\frac{\text{Número de episódios de PAV}}{\text{Número de pacientes-dia em ventilação mecânica}} \right)$ ❖ Numerador: Número total de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica diagnosticados após 48 horas de ventilação mecânica até a sua suspensão, durante o período de vigilância. ❖ Denominador: Número total de pacientes-dia em ventilação mecânica na UTI adulto, durante o período de vigilância. Cada paciente com ventilação mecânica é contado uma vez por dia, independentemente do número de dispositivos utilizados. ❖ Multiplicador: × 1.000, para facilitar a interpretação epidemiológica. • Método de cálculo <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar de forma ativa casos de ICS (busca em prontuários, laboratórios, CCIH). 2. Contar diariamente pacientes com CVC na UTI (cada paciente = 1 CVC-dia). 3. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima
5. Usos	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento da CCIH; gestão clínica na UTI; • comparação temporal e entre unidades; • auditoria da OSS; • indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de coleta rigorosa; • possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; • não distingue gravidade da infecção; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	≤ 3/1 000 dias-CVC
8. Fonte de Dados	Registros de ventilação mecânica e diagnósticos de pneumonia associados à ventilação mecânica, conforme critérios diagnósticos estabelecidos pela ANVISA.
9. Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de pacientes em ventilação mecânica e dos episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Infecções por 1.000 CVC-dia
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	<p>Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01 / 2024: Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde.</p> <p>Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.</p>

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH: Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada à Sonda Vesical de Demora (SVD) em UTI Adulto

1. Objetivo	Avaliar a ocorrência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao uso de sonda vesical de demora (SVD) em pacientes internados em unidades de terapia intensiva
--------------------	---

	(UTI) adulto, visando monitorar a qualidade da assistência e a efetividade das práticas de controle de infecção hospitalar.
2. Denominação do Indicador	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI Adulto
3. Interpretação	Valores mais baixos indicam controle efetivo de infecção e boa assistência; valores altos indicam maior risco e possível fragilidade nas práticas de cuidado com CVC.
4. Conceituação / Cálculo	<p>Este indicador caracteriza-se pelo número de episódios de ITU sintomática relacionada ao uso de SVD em pacientes internados em UTI adulto, diagnosticados após 48 horas de uso da sonda, até a sua remoção.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo: $\text{Densidade de Incidência de ITU/SVD} = \left(\frac{\text{Número de episódios de ITU/SVD}}{\text{Número de pacientes-dia com SVD}} \right) \times$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Número total de episódios de ITU sintomática associada ao uso de SVD em pacientes internados em UTI adulto, diagnosticados após 48 horas de uso da sonda, até a sua remoção, durante o período de vigilância. ❖ Denominador: Número total de pacientes-dia com SVD na UTI adulto, durante o período de vigilância. Cada paciente com SVD é contado uma vez por dia, independentemente do número de dispositivos utilizados. ❖ Multiplicador: x 1.000, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação epidemiológica. <ul style="list-style-type: none"> ● Método de cálculo <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar de forma ativa casos de ICS (busca em prontuários, laboratórios, CCIH). 2. Contar diariamente pacientes com CVC na UTI (cada paciente = 1 CVC-dia). 3. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima
5. Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoramento da CCIH; gestão clínica na UTI; ● comparação temporal e entre unidades; ● auditoria da OSS; ● indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Necessidade de coleta rigorosa; ● possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; ● não distingue gravidade da infecção; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	≤ 3/1 000 dias-CVC
8. Fonte de Dados	Registros de uso de SVD e diagnósticos de ITU associada à SVD, conforme critérios diagnósticos estabelecidos pela ANVISA.
9. Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de pacientes com SVD e dos episódios de ITU associada à SVD, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Infecções por 1.000 CVC-dia
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	<p>Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº.01/2024: Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde.</p> <p>Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora.</p>

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH:Taxa de Revisão de Prontuários de Pacientes com Infecção Hospitalar

1. Objetivo	Avaliar a efetividade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) na revisão dos prontuários dos pacientes com infecção hospitalar, visando aprimorar as práticas de controle e prevenção de infecções.
--------------------	---

2. Denominação do Indicador	Taxa de Revisão de Prontuários de Pacientes com Infecção Hospitalar
3. Conceituação / Cálculo	<p>Este indicador caracteriza-se pela proporção de prontuários de pacientes com infecção hospitalar revisados pela CCIH em relação ao total de prontuários de pacientes com infecção hospitalar identificados no período.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Revisão de Prontuários} = \left(\frac{\text{Número de prontuários revisados}}{\text{Número total de prontuários com infecção hospitalar}} \right)$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Número total de prontuários de pacientes com infecção hospitalar revisados pela CCIH durante o período de vigilância. ❖ Denominador: Número total de prontuários de pacientes com infecção hospitalar identificados no período de vigilância. ❖ Multiplicador: x 100 — para expressar o indicador em percentual.
4. Parâmetros (padrão)	≥ 90 %
5. Fonte de Dados	Registros da CCIH sobre revisões de prontuários e identificação de infecções hospitalares.
6.Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
7.Método de Coleta	Registro sistemático das revisões de prontuários realizadas pela CCIH e identificação das infecções hospitalares, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
8. Unidade de Medida	Percentual (%)
9. Periodicidade/ Temporalidade	Trimestral
11. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	<p>Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº.01/2024: Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde.</p> <p>Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – Infecção Hospitalar.</p>

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – QUALIDADE DAS ATIVIDADES CIRÚRGICAS: Taxa de Reintervenção Cirúrgicas Não Programadas Dentro de 30 Dias	
1. Objetivo	Avaliar a qualidade das atividades cirúrgicas, monitorando a necessidade de reintervenções não programadas em um período de 30 dias após a cirurgia primária, como indicador de complicações ou falhas no processo assistencial.
2. Denominação do Indicador	Taxa de Reintervenção Cirúrgicas Não Programadas Dentro de 30 Dias
3. Conceituação / Cálculo	<p>Este indicador caracteriza-se pela proporção de pacientes que, após uma cirurgia primária, necessitaram de uma reoperação não planejada dentro de 30 dias, em relação ao número total de pacientes submetidos à cirurgia no mesmo período.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Reintervenção Cirúrgicas Não Programadas Dentro de 30 Dias} = \left(\frac{\text{Número de pacientes reoperados}}{\text{Número total de pacientes operados}} \right)$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Número total de pacientes que realizaram cirurgia e foram submetidos a reoperação não esperada após a cirurgia primária dentro de 30 dias. ❖ Denominador: Número total de pacientes submetidos a cirurgia no período. ❖ Multiplicador: x 100 — para expressar o indicador em percentual.
4. Parâmetros (padrão)	≥ 90 %
5. Fonte de Dados	Registros do centro cirúrgico, prontuários dos pacientes e sistemas de gestão hospitalar.
6.Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou Núcleo de Qualidade Assistencial.
7.Método de Coleta	Identificação dos casos de reintervenção não programada por meio de revisão de prontuários e registros operatórios, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.

Critérios de Inclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes submetidos a cirurgia programada. • Reintervenção realizadas dentro de 30 dias após a cirurgia primária.
8. Unidade de Medida	Percentual (%)
9. Periodicidade/Temporalidade	Mensal
11. Abrangência	Aplicável a toda a instituição hospitalar ou, quando desejado, por setores/unidades específicas (por exemplo, UTI, clínica cirúrgica etc.).
Referências Técnicas	Manual de Indicadores de Desempenho Hospitalar. Fichas Técnicas dos Indicadores da ANS.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – QUALIDADE DAS ATIVIDADES CIRÚRGICAS: Taxa de Mortalidade Operatória (TMO)	
1. Objetivo	Monitorar e acompanhar o desempenho assistencial na área de cirurgia, avaliando os óbitos ocorridos durante ou até 7 dias após o ato cirúrgico, estratificados por Classes (I a V) da Classificação da American Society of Anesthesiology (ASA).
2. Denominação do Indicador	Taxa de Mortalidade Operatória (TMO)
3. Conceituação / Cálculo	<p>A TMO caracteriza-se pela relação percentual entre o número de óbitos operatórios e o número de cirurgias realizadas em determinado período, classificados por ASA no mês, multiplicado por 100.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fórmula de cálculo: $TMO = \left(\frac{\text{Número de óbitos operatórios}}{\text{Número total de cirurgias realizadas}} \right) \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Número total de óbitos ocorridos durante ou até 7 dias após o ato cirúrgico, incluindo cirurgias ambulatoriais realizadas em ambientes cirúrgicos. ❖ Denominador: Número total de cirurgias realizadas no período, incluindo aquelas realizadas em centro cirúrgico e unidade de cirurgia ambulatorial. ❖ Multiplicador: x 100, para expressar o indicador em percentual.
4. Parâmetros (padrão)	≤ 2–3 %
5. Fonte de Dados	Registros do centro cirúrgico, prontuários dos pacientes e sistemas de gestão hospitalar.
6. Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou Núcleo de Qualidade Assistencial.
7. Método de Coleta	Identificação dos óbitos operatórios por meio de revisão de prontuários e registros operatórios, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
8. Critérios de Inclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes submetidos a cirurgia programada. • Óbitos ocorridos durante ou até 7 dias após a cirurgia primária.
9. Critérios de Exclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos realizados em serviços de urgência/emergência, unidade de terapia intensiva ou consultório. • Óbitos ocorridos após 7 dias da cirurgia primária.
10. Unidade de Medida	Percentual (%)
11. Periodicidade/Temporalidade	Mensal/ trimestral
12. Classificação ASA	<p>Classe I: Paciente saudável (sem doença sistêmica)</p> <p>Classe II: Doença sistêmica leve (ex: hipertensão controlada, diabetes tipo 2 bem controlado)</p> <p>Classe III: Doença sistêmica grave (ex: insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca congestiva)</p> <p>Classe IV: Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex: falência hepática, insuficiência respiratória grave)</p> <p>Classe V: Paciente moribundo, sem expectativa de sobrevivência sem a operação</p>
13. Meta	Manter a TMO dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela Agência Nacional de Saúde, conforme estratificação por classe ASA

14. Abrangência	Aplicável a instituição hospitalar por setores/unidades específicas, em relação a pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos programados em ambientes cirúrgicos formais, como centro cirúrgico e unidade de cirurgia ambulatorial.
Referências Técnicas	Manual de Indicadores de Desempenho Hospitalar. Fichas Técnicas dos Indicadores da ANS.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Número de Eventos Adversos Devidos a Falhas na Identificação do Paciente.

1. Objetivo	Identificação correta do paciente, processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado a determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que possam lesar.
2. Denominação do Indicador	Densidade de Incidência de Falhas na Identificação do Paciente
3. Interpretação	Valores mais baixos indicam controle efetivo das falhas na identificação de pacientes.
4. Conceituação / Cálculo	<p>Este indicador caracteriza-se pelo número de episódios de erros de identificação de pacientes em um período de tempo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Eventos Adversos} = \frac{\text{Número de eventos adversos por falha de identificação}}{\text{Número total de atendimentos ou internações no mesmo período}} \times 1000$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Número total de episódios de eventos adversos na identificação de pacientes. ❖ Denominador: Número total de pacientes atendidos em um período de tempo. ❖ Multiplicador: x 1.000, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação. ● Método de cálculo <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar de forma ativa casos de eventos por falha de identificação (busca em prontuários, relatórios de auditorias, formulários de notificação de eventos). 2. Contar diariamente eventos de falha de identificação. 3. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima
5. Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoramento da gestão clínica na UTI; ● comparação temporal e entre unidades; ● auditoria da OSS; ● indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Necessidade de coleta rigorosa; ● possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; ● não distingue gravidade do evento adverso; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	≤ 3/1.000 eventos a cada 30 dias.
8. Fonte de Dados	Sistemas de notificação de incidentes, prontuário eletrônico, auditorias, reclamações de pacientes e/ou familiares, .
9. Responsável pela Coleta	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
10. Método de Coleta	Cadastro nos sistemas oficiais de notificação (NOTIVISA e VIGIMED). Registro diário do número de onde ocorreram eventos adversos da falha na identificação, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Falhas na identificação por 1.000 no mês
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	A RDC nº 36/2013, da Anvisa, é uma Resolução da Diretoria Colegiada que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Taxa de Erros no Uso de Medicamentos.	
1. Objetivo	Erro na medicação é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar danos ao paciente, podendo ser causados pela falta de comunicação, erros na prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos.
2. Denominação do Indicador	Taxa de erros no uso de Medicamentos
3. Interpretação	Valores mais baixos indicam controle efetivo das falhas no erro de uso de medicamentos.
4. Conceituação / Cálculo	<p>Para este indicador temos três cálculos: taxa de erro na prescrição dos medicamentos, taxa de erros na dispensação de medicamentos e taxa de erros na Administração de medicamentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Erros de Prescrição} = \frac{\text{Número de erros de prescrição detectados}}{\text{Número total de prescrições avaliadas no mesmo período}} \times 100$ $\text{Taxa de Erros de Dispensação} = \frac{\text{Número de erros de dispensação detectados}}{\text{Número total de prescrições dispensadas no mesmo período}} \times 100$ $\text{Taxa de Erros de Administração de Medicamentos} = \frac{\text{Número de erros de administração de medicamentos}}{\text{Número total de medicamentos administradas no mesmo período}} \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Número total de erros no uso de medicamentos (prescrição/dispensação/administração). ❖ Denominador: Número total de medicações prescritas/ dispensadas/ administradas. ❖ Multiplicador: x 100, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação. Método de cálculo <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar de forma ativa casos de eventos de erros na medicação (busca em prontuários, relatórios de auditorias, formulários de notificação de eventos). 2. Contar diariamente eventos de falha da medicação. 3. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima de acordo com o respectivo evento de erro de medicação. 4. Somar o resultado final dos três cálculos para apresentar <u>nº de erros de medicamentos x100 ao mês</u>
5. Usos	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento da gestão clínica na UTI; • comparação temporal e entre unidades; • auditoria da OSS; • indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de coleta rigorosa; • possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; • não distingue gravidade do caso do erro da medicação; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	≤ 1/100 eventos a cada 30 dias.
8. Fonte de Dados	Sistemas de notificação de incidentes, prontuário eletrônico, auditorias, reclamações de pacientes e/ou familiares, .
9. Responsável pela Coleta	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de onde ocorreram eventos de erro na medicação, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Falhas na medicação por 100 no mês
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal

13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	A RDC nº 36/2013, da Anvisa, é uma Resolução da Diretoria Colegiada que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Taxa de Adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura.	
1. Objetivo	Assegurar a realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto.
2. Denominação do Indicador	Taxa de Adesão à Lista de Cirurgia Segura
3. Interpretação	Valores elevados indicam adesão efetiva da adesão à lista de cirurgia segura.
4. Conceituação / Cálculo	<ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Adesão} = \frac{\text{Número de cirurgias realizadas com listas de verificação preenchidas corretamente}}{\text{Número total de cirurgias realizadas}} \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Número total de procedimentos cirúrgicos realizados com adesão à lista segura. ❖ Denominador: Número total de cirurgias. ❖ Multiplicador: x 100, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação. ● Método de cálculo <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar de forma ativa a adesão da lista de cirurgia segura (busca em prontuários, relatórios de auditorias, formulários de notificação de eventos). 2. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima.
5. Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoramento da gestão clínica na UTI; ● comparação temporal e entre unidades; ● auditoria da OSS; ● indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Necessidade de coleta rigorosa; ● possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições;
7. Parâmetros (padrão)	100% de cirurgias a cada 30 dias.
8. Fonte de Dados	Sistemas de notificação de incidentes, prontuário eletrônico, auditorias.
9. Responsável pela Coleta	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de onde ocorreram eventos de erro na medicação, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Adesão à lista segura por 100 procedimentos cirúrgicos no mês
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	A RDC nº 36/2013, da Anvisa, é uma Resolução da Diretoria Colegiada que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Incidência de Quedas.	
1. Objetivo	Quantificar e monitorar a segurança do paciente em relação a quedas em um ambiente de saúde, reduzir ativamente o risco de quedas e, consequentemente, evitar lesões, diminuir os custos com tratamentos adicionais.
2. Denominação do Indicador	Incidência de Quedas

3. Interpretação	Valores baixos indicam redução da taxa de incidentes de quedas de pacientes.
4. Conceituação / Cálculo	<ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Incidência de Quedas} = \left(\frac{\text{Número total de quedas de pacientes}}{\text{Número total de dias de paciente}} \right) \times 1000$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Número total de quedas de pacientes . ❖ Denominador: Número total de pacientes/dia. ❖ Multiplicador: x 1000, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação. ● Método de cálculo <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar de forma ativa o evento de quedas de pacientes (busca em prontuários, relatórios de auditorias, formulários de notificação de eventos). 2. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima.
5. Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoramento da gestão clínica na UTI; ● comparação temporal e entre unidades; ● auditoria da OSS; ● indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Necessidade de coleta rigorosa; ● possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; ● não distingue gravidade do caso de quedas; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	≤ 1/100 quedas a cada 30 dias.
8. Fonte de Dados	Sistemas de notificação de incidentes, prontuário eletrônico, auditorias, reclamações de pacientes e/ou familiares, .
9. Responsável pela Coleta	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de quedas, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Taxa de quedas em 100 por mês
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	A RDC nº 36/2013, da Anvisa, é uma Resolução da Diretoria Colegiada que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Incidência de Lesão por Pressão.	
1. Objetivo	monitorar a incidência de lesão por pressão é prevenir o seu surgimento e melhorar a qualidade do cuidado oferecido ao paciente.
2. Denominação do Indicador	Taxa de Incidência à Lesão por Pressão
3. Interpretação	Valores baixos indicam redução da taxa de incidentes de lesões por pressão.

4. Conceituação / Cálculo	<ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Incidência de Lesão por Pressão} = \left(\frac{\text{Número de pacientes que desenvolveram lesão por pressão no período}}{\text{Número de pacientes expostos ao risco de desenvolver lesão no período}} \right) \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Número total de pacientes que tiveram lesões no período. ❖ Denominador: Número de pessoas expostas aos risco de adquirir lesão no período. ❖ Multiplicador: x 100, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação. ● Método de cálculo <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar de forma ativa o evento de lesões por pressão de pacientes (busca em prontuários, relatórios de auditorias, formulários de notificação de eventos). 2. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima.
5. Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoramento da gestão clínica na UTI; ● comparação temporal e entre unidades; ● auditoria da OSS; ● indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Necessidade de coleta rigorosa; ● possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; ● não distingue gravidade do caso de quedas; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	≤ 1/100 lesão por pressão cada 30 dias.
8. Fonte de Dados	Sistemas de notificação de incidentes, prontuário eletrônico, auditorias, reclamações de pacientes e/ou familiares, .
9. Responsável pela Coleta	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de lesões por pressão, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Taxa de lesão por pressão a cada 100 pacientes no mês
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	A RDC nº 36/2013, da Anvisa, é uma Resolução da Diretoria Colegiada que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR do Indicador de Desempenho - Taxa Mortalidade institucional	
Objetivo	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
Nome do Indicador	Taxa de mortalidade institucional
Interpretação	Quantificar os óbitos que ocorreram na instituição após as primeiras 24 horas de internação em relação ao total de saídas em um determinado período de tempo, o resultado do indicador reflete o percentual de óbitos institucionais no período de interesse.
Fórmula do Cálculo	$\frac{\text{Total de óbitos que ocorreram após as 24 horas da admissão do paciente}}{\text{Total de saídas hospitalares da unidade}} \times 100$
Numerador	Total dos óbitos que ocorreram após 24 horas da admissão do paciente na instituição no período de interesse.
Denominador	Total de saídas hospitalares no período de interesse.
Referência de Meta	≤6% (menor ou igual a seis por cento) de óbitos institucionais.
Fonte de Informação	Sistema IndicaSUS
Parâmetros (padrão)	≤ casuística ajustada (ex: ≤3 % cirúrgica)
Periodicidade	Mensal

Definição de Termos	<p>Óbito: refere-se ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas.</p> <p>Saídas: considera-se saída da instituição aquelas que se dão por alta (cura, melhora, estado inalterado, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou por óbito.</p> <p>Alta médica: ato médico que determina finalização da assistência que vinha sendo prestada ao paciente, neste caso, representa a finalização da internação hospitalar.</p> <p>Evasão: saída do paciente da instituição sem autorização médica ou comunicação de saída.</p> <p>Desistência do tratamento: caracterizada por saída do paciente sem autorização médica, porém com comunicação à unidade de internação por parte do paciente ou do responsável legal, indicando desejo de finalizar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada.</p> <p>Transferência externa: caracterizada quando o paciente modifica seu local de internação de um hospital para outro.</p>
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
Considerações (Variáveis do indicador)	<p>O perfil de atendimento hospitalar, as distorções no registro e tratamento dos dados nos hospitais podem afetar no cálculo. Deste modo, os relatórios hospitalares são avaliados pela equipe de Supervisão Técnica.</p> <p>Crítérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes na instituição há mais de 24 horas. - Considerar como saídas: alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. - Considerar para cálculo os óbitos e saídas de todos os convênios de saúde atendidos pela instituição: SUS, particular e filantropia.
Referências	<p>Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório, 11ª Edição. 2019. Disponível em https://ondemand.anahp.com.br/categoria/publicacoes.</p> <p>Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Resolução Nº 07, 24/02/2010. Brasília, 2010.</p> <p>Compromisso com a qualidade hospitalar. Indicadores Hospitalares, Taxa de Mortalidade Institucional. 2014. Acesso em: 20.12.18. Disponível em: http://www.cqh.org.br/icqh/ind/web_ficha.php?p_nind=47</p> <p>Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET), Taxa de Morbidade Hospitalar do SUS, Mortalidade hospitalar. 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def</p> <p>Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais, Taxa de Mortalidade Institucional, 2013/14. Acesso em: 20.12.18. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf</p>

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - EFICIÊNCIA OPERACIONAL: Taxa de Ocupação Hospitalar Enfermaria (Leitos Clínicos)	
Objetivo	QUALIDADE DA GESTÃO
Nome do Indicador	Taxa de Ocupação Hospitalar Enfermaria (Leitos Clínicos)
Interpretação	Avaliar o grau de utilização dos leitos SUS de enfermaria contratualizados durante o período avaliado e mensurar o perfil de utilização e gestão dos leitos.
Fórmula do Cálculo	<p>Estratificar o cálculo por: Enfermaria Clínica, Cirúrgica e Pediátrica</p> $\frac{\text{Número de pacientes-dia nos leitos SUS durante a competência}}{\text{Número de leitos SUS contratualizados X dias da competência X 100}}$
Numerador	Número de pacientes-dia nos leitos SUS durante a competência (Somatória de pacientes-dia na competência)
Denominador	Número de leitos SUS contratualizados X dias da competência X 100
Referência de Meta	Mínimo de 85% de ocupação dos leitos hospitalares de enfermaria contratualizados

Fonte de Informação	A equipe de Supervisão Administrativa realizará visita técnica <i>in loco</i> e análise do relatório gerencial extraído do Sistema IndicaSUS até o 10º dia do mês subsequente ao mês de atendimento.
Parâmetros (padrão)	clínica 80–85 %
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	<p>Pacientes-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando nos leitos de enfermaria em cada dia do período. O número de pacientes-dia no mês será a somatória de pacientes-dia de cada dia do mês.</p> <p>Leito hospitalar de internação: cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente;</p> <p>Leito ocupado: com paciente;</p> <p>Leito vago: cama sem paciente no momento da supervisão hábil para internar;</p> <p>Leito reservado: cama aguardando a chegada de um paciente;</p> <p>Leitos de retaguarda: leito destinado exclusivamente a paciente de determinada clínica do hospital;</p> <p>Leitos Contratualizados: total de leitos da clínica que constam no contrato;</p> <p>Dias na competência: total de dias do mês avaliado.</p>
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Considerações (Variáveis do indicador)	<p>Leitos reservados não serão considerados como ocupação.</p> <p>Os leitos de Hospital Dia, Observação, Emergência, Recuperação Pós-Anestésica e Pronto Atendimento <u>não serão considerados para cálculo de taxa de ocupação.</u></p> <p>A alimentação do Sistema IndicaSUS deve estar fidedigno para que o número de pacientes-dia reflita de forma precisa a ocupação da unidade hospitalar.</p>
Referências	BRASIL. Portaria nº 312 de 02 de Maio de 2002; Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 Grala APP, Araújo AC, Guerreiro PO. Taxa de ocupação e média de permanência em quatro hospitais de um município brasileiro. J. nurs. health. 2020;10(3): e20103001

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - EFICIÊNCIA OPERACIONAL: Taxa de Ocupação Hospitalar UTI	
Objetivo	QUALIDADE DA GESTÃO
Nome do Indicador	Taxa de Ocupação Hospitalar UTI
Interpretação	Avaliar o grau de utilização dos leitos de UTI contratualizados durante o período avaliado e mensurar o perfil de utilização e gestão dos leitos.
Fórmula do Cálculo	<p>Estratificar o cálculo por tipologia: UTI Adulto e UTI Pediátrica</p> $\frac{\text{Número de pacientes-dia nos leitos UTI SUS durante a competência.}}{\text{Número de leitos UTI SUS contratualizados X dias da competência X 100}}$
Numerador	Número de pacientes-dia internados nos leitos UTI SUS durante a competência (Somatória de pacientes-dia na competência).
Denominador	Número de leitos UTI SUS contratualizados X dias da competência X 100.
Referência de Meta	Mínimo de 90% de ocupação dos leitos de UTI contratualizados.
Fonte de Informação	A equipe de Supervisão Administrativa realizará visita técnica <i>in loco</i> e análise do relatório gerencial extraído do sistema IndicaSUS até o 10º dia do mês subsequente ao mês de atendimento.
Parâmetros (padrão)	UTI ≥ 90 %
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	Unidade de Terapia intensiva - UTI: serviço hospitalar destinado a pacientes críticos, graves ou de alto risco clínico ou cirúrgico que necessitam de cuidados intensivos e ininterruptos, além de assistência médica, fisioterapêutica e de enfermagem, com monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia;

	<p>Pacientes-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia. O número de pacientes-dia no mês será a somatória de pacientes-dia de cada dia do mês.</p> <p>Leito instalado: leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão.</p> <p>Leito hospitalar de internação: cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente;</p> <p>Leito ocupado: com paciente;</p> <p>Leito vago: cama sem paciente no momento da supervisão, hábil para internar;</p> <p>Leito reservado: cama aguardando a chegada de um paciente;</p> <p>Leitos de retaguarda: leito destinado exclusivamente a paciente de determinada clínica do hospital;</p> <p>Leitos Contratualizados: total de leitos de UTI que constam no contrato;</p> <p>Dias na competência: total de dias do mês avaliado;</p>
Considerações (Variáveis do indicador)	<p>Leitos reservados não serão considerados como ocupação;</p> <p>A alimentação do Sistema IndicaSUS deve estar fidedigno para que o número de pacientes-dia reflita de forma precisa a ocupação da unidade hospitalar.</p>
Responsável	Núcleo Interno de Regulação (NIR)
Referências	<p>BRASIL. Portaria nº 312 de 02 de Maio de 2002; Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 Grala APP, Araújo AC, Guerreiro PO. Taxa de ocupação e média de permanência em quatro hospitais de um município brasileiro. J. nurs. health. 2020;10(3): e 20103001.</p> <p>BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p>

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - EFICIÊNCIA OPERACIONAL: Tempo Médio de Permanência (TMP)	
Objetivo	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
Nome do Indicador	Tempo médio de permanência geral (leito clínico, cirúrgico e pediátrico)
Interpretação	Avaliar o tempo médio de permanência (em dias) que um paciente permanece no leito durante o período avaliado e mensurar o perfil de utilização e rotatividade dos leitos.
Fórmula do Cálculo	<p>Estratificar o cálculo por tipologia de enfermarias: clínico, cirúrgico e pediátrico</p> $\frac{\text{Número de pacientes-dia nos leitos SUS durante a competência}}{\text{Total de pacientes que tiveram saídas no período}}$
Numerador	Número de pacientes-dia nos leitos SUS durante a competência (Somatória de pacientes-dia durante a competência).
Denominador	Total de pacientes que tiveram saída no período.
Referência de Meta	<p>Meta por especialidade:</p> <p>1) Leito Clínico = 6 dias</p> <p>2) Leito Cirúrgico = 3 dias</p> <p>3) Leito Pediátrico = 4 dias</p>
Fonte de Informação	<p>Sistema IndicaSUS</p> <p>A equipe de Supervisão Administrativa realizará visita técnica e análise do relatório gerencial extraído do Sistema IndicaSUS até o 10º dia do mês subsequente ao mês de atendimento.</p>
Parâmetros (padrão)	≤ 5 dias (clínico), ≤ 7 cirúrgico

Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	<p>Permanência: unidade de medida que representa o período de tempo (em dias) que um paciente permanece internado em um estabelecimento de saúde, desde o momento de sua admissão até a sua alta, transferência ou óbito.</p> <p>Saídas: evento que marca o fim da permanência de um paciente internado no hospital, seja por alta médica, transferência ou óbito.</p>
Responsável	Núcleo Interno de Regulação (NIR)
Considerações (Variáveis do indicador)	<p>O tempo médio de permanência sofre influências de fatores como mudança na complexidade do quadro apresentado, tipo de procedimento, faixa etária dos pacientes, etc. Também sofre influência de fatores relacionados à regulação dos serviços.</p> <p>Desconsiderar da apuração os leitos de longa permanência.</p>
Referências	<p>Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011; Grala APP, Araújo AC, Guerreiro PO. Taxa de ocupação e média de permanência em quatro hospitais de um município brasileiro. J. nurs. health. 2020;10(3): e20103001;</p> <p>BRASIL. Ficha de Indicador de Média de Permanência Geral. V1.02 – Janeiro de 2013. Disponível em https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-05.pdf</p>

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - EFICIÊNCIA OPERACIONAL: Índice de Intervalo de Substituição (horas ou dias)	
Objetivo	Avaliar a eficiência operacional hospitalar ao medir o tempo médio de ociosidade dos leitos — ou seja, quanto tempo, em média, um leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a entrada do próximo. Esse indicador ajuda a identificar oportunidades de melhora na rotatividade e aproveitamento da ocupação hospitalar.
Nome do Indicador	Índice de Intervalo de Substituição (horas ou dias)
Interpretação	<p>Valores mais baixos indicam que os leitos são rapidamente ocupados após desocupação, refletindo boa eficiência na gestão da internação.</p> <p>Valores mais elevados sinalizam atraso na ocupação dos leitos, possivelmente por deficiências nos fluxos de limpeza, documentação, comunicação entre equipes ou dimensionamento do pessoal.</p> <p>O intervalo de substituição é, portanto, um termômetro da eficiência logística hospitalar e impacta diretamente na capacidade de atendimento e no uso produtivo da infraestrutura.</p>
Conceituação / Cálculo	<p>O IIS representa o tempo médio que um leito permanece vazio entre admissões consecutivas no mesmo leito. É calculado usando a taxa de ocupação hospitalar e o tempo médio de permanência dos pacientes. Reflete a agilidade nos processos de liberação, limpeza e preparo de leitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fórmula de Cálculo: $\text{Índice de Intervalo de Substituição} = \frac{(100\% - \text{Taxa de Ocupação}) \times \text{Tempo Médio de Permanência}}{\text{Taxa de Ocupação}}$ <ul style="list-style-type: none"> Método de cálculo: <p>Calcular o tempo médio em que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão do próximo.</p> <p>Para converter o resultado em horas, basta multiplicar o valor em dias por 24.</p>

Numerador	$(100\% - \text{Taxa de Ocupação}) \times \text{Tempo Médio de Permanência}$ — representa a “porção desocupada” em relação à carga total, ajustada pela permanência média por paciente.
Denominador	Taxa de Ocupação, indica a proporção de ocupação de leitos num determinado período.
Fonte de Informação	Taxa de ocupação hospitalar: obtida via sistema de informação IndicaSUS ou relatórios (pacientes-dia ÷ leitos-dia) — conforme metodologia do CQH. Tempo médio de permanência: calculado a partir de dados de pacientes-dia e número de saídas no período registrado pelo sistema de internamento ou SAME.
Parâmetros (padrão)	≤ 1 dia, ou aproximadamente ≤ 24 horas
Periodicidade	Mensal
Unidade de Medida	Dias — unidade padrão conforme o CQH. Horas — opção de conversão prática (dias \times 24).
Responsável gerencial	Setores de Recepção, Internação, SAME; gestores clínicos, técnicos e de qualidade.
Considerações (Variáveis do indicador)	<p>1. Taxa de Ocupação A taxa de ocupação impacta diretamente o IIS. Leitos frequentemente ocupados reduzem o tempo entre pacientes, enquanto taxas baixas refletem mais ociosidade.</p> <p>2. Tempo Médio de Permanência Média do período de internação do paciente. Hospitalizações mais prolongadas aumentam o intervalo entre admissões, podendo afetar o IIS.</p> <p>3. Eficiência dos Processos de Preparação de Leitos Inclui limpeza, higienização, manutenção e documentação. Processos ágeis reduzem o tempo de leito parado, já que eliminam atrasos operacionais.</p> <p>4. Rotatividade (Turnover) de Leitos Frequência de entradas e saídas de pacientes no leito. Alta rotatividade, quando bem organizada, reduz o IIS.</p> <p>5. Perfil e Complexidade dos Pacientes Pacientes graves ou com longas permanências aumentam o tempo médio de permanência e impactam negativamente o IIS.</p> <p>6. Dimensionamento Adequado de Leitos Número de leitos disponíveis em relação à demanda também influencia a rotação — lotação excessiva impede tempo hábil para preparo dos leitos, enquanto superdimensionamento gera ociosidade.</p> <p>7. Demanda e Afirmação Clínica (Case Mix) Tipos de cirurgias, emergências e sazonalidade epidemiológica (como surtos) podem resultar em flutuações na ocupação e afetar o intervalo de substituição.</p>
Referências	<p>Em estudos científicos sobre gestão hospitalar, utiliza-se o "Turnover Interval (TI)", equivalente ao Índice de Intervalo de Substituição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores recomendados: entre 1 e 3 dias, ou seja, o leito deveria ficar desocupado, em média, menos de 72 horas entre pacientes. • Esse intervalo reflete boa eficiência operacional na rotatividade de leitos, considerando os tempos ideais para limpeza, organização e preparo.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – DESEMPENHO NA QUALIDADE DAS ATIVIDADES CIRÚRGICAS: Taxa de Reintervenção Cirúrgicas Não Programadas Dentro de 30 Dias	
1. Objetivo	Avaliar a qualidade das atividades cirúrgicas, monitorando a necessidade de reintervenções não programadas em um período de 30 dias após a cirurgia primária, como indicador de complicações ou falhas no processo assistencial.
2. Denominação do Indicador	Taxa de Reintervenção Cirúrgicas Não Programadas Dentro de 30 Dias

3. Conceituação / Cálculo	<p>Este indicador caracteriza-se pela proporção de pacientes que, após uma cirurgia primária, necessitaram de uma reoperação não planejada dentro de 30 dias, em relação ao número total de pacientes submetidos à cirurgia no mesmo período.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Reintervenção Cirúrgicas Não Programadas Dentro de 30 Dias} = \left(\frac{\text{Número de pacientes reoperados}}{\text{Número total de pacientes operados}} \right) \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Número total de pacientes que realizaram cirurgia e foram submetidos a reoperação não esperada após a cirurgia primária dentro de 30 dias. ❖ Denominador: Número total de pacientes submetidos a cirurgia no período. ❖ Multiplicador: x 100 — para expressar o indicador em percentual.
4. Parâmetros (padrão)	≥ 90 %
5. Fonte de Dados	Registros do centro cirúrgico, prontuários dos pacientes e sistemas de gestão hospitalar.
6. Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou Núcleo de Qualidade Assistencial.
7. Método de Coleta	Identificação dos casos de reintervenção não programada por meio de revisão de prontuários e registros operatórios, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
CrITÉrios de Inclusão	<ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes submetidos a cirurgia programada. ● Reintervenção realizada dentro de 30 dias após a cirurgia primária.
8. Unidade de Medida	Percentual (%)
9. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
11. Abrangência	Aplicável a toda a instituição hospitalar ou, quando desejado, por setores/unidades específicas (por exemplo, UTI, clínica cirúrgica etc.).
Referências Técnicas	Manual de Indicadores de Desempenho Hospitalar. Fichas Técnicas dos Indicadores da ANS.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – <u>ÁREA DE ATENÇÃO AO USUÁRIO</u>: Percentual de resolução de queixas do usuário	
1. Objetivo	Avaliar a eficácia dos canais de escuta do SUS ao resolver queixas dos usuários, assegurando retorno e solução dos problemas identificados.
2. Denominação do Indicador	Percentual de Resolução de Queixas dos Usuários do SUS
3. Nome Resumido	% Resolução de Queixas
4. Interpretação	Percentuais elevados indicam bom desempenho na resposta aos usuários e efetividade dos canais de ouvidoria; valores baixos sugerem falhas nos processos de atendimento, registro ou resposta.
5. Conceituação / Cálculo	<p>“Queixa” é o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, com identificação do autor, devidamente registradas. “Resolução” corresponde às ações empreendidas para solucionar a queixa, com resposta ou esclarecimento ao autor do relato.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de cálculo: $\text{Percentual de Resolução de Queixas (\%)} = \left(\frac{\text{Total de queixas resolvidas (com retorno ao autor)}}{\text{Total de queixas registradas (identificadas)}} \right) \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Total de queixas (registradas com identificação do autor) que receberam ação de resolução e retorno ao titular, no período analisado. ❖ Denominador: Total de queixas registradas (com identificação do autor) no mesmo período. ❖ Multiplicador: x 100, para expressar o indicador em percentual. <ul style="list-style-type: none"> ● Método de cálculo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar coleta e registro sistemático das queixas, 2. Identificar quais receberam resposta/solução, 3. Contabilizar resolvidas (numerador) e total recebidas (denominador), 4. Aplicar a fórmula.

6. Usos	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento da qualidade do atendimento ao usuário - Acompanhamento da efetividade dos canais de ouvidoria - Base para auditoria, avaliação contratual e melhoria contínua - Subsídios planejamento de treinamentos e práticas de escuta ativa
7. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> - Pode não considerar queixas anônimas (não identificadas) - Resolução pode variar em qualidade (solução efetiva x resposta genérica) - Diferenças nos canais (formais vs informais) podem afetar dados
8. Parâmetros (padrão)	≥ 90 %
9. Fonte de Dados	Registros do sistema de ouvidoria, serviço de acolhimento ou atendimento ao usuário, bases de dados institucionais.
10. Responsável gerencial	Área de Ouvidoria ou Atendimento ao Usuário da OSS; pode ser integrada à área de Qualidade Assistencial
11. Método de Coleta	Identificação dos óbitos operatórios por meio de revisão de prontuários e registros operatórios, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
12. Categorias de análise	Possível desagregação por tipo de manifestação (elogio, sugestão, queixa), canal de origem (telefone, presencial, online), regionalidade, unidade de atendimento etc.
13. Granularidade	Estabelecimento de saúde ou ponto de atendimento; possível consolidação por região ou rede da OSS
14. Unidade de Medida	Percentual (%)
15. Periodicidade/ Temporalidade	Trimestral/ Mensal (recomenda-se cálculo por mês de competência)
16. Notas	Recomenda-se associar este indicador a métricas de satisfação; relatórios devem incluir exemplos de queixas resolvidas e lições aprendidas.
17. Análise descritiva	Apresentar gráfico de evolução mensal do indicador, análise de causas para quedas ou melhorias, descrição de ações implementadas para aprimorar a resolução (capacitação, reforço nos canais, padronização de resposta).
18. Abrangência	Aplicável a instituição hospitalar por setores/unidades específicas, em relação a pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos programados em ambientes cirúrgicos formais, como centro cirúrgico e unidade de cirurgia ambulatorial.
Referências Técnicas	<p>O estilo e estrutura desta ficha segue o Modelo da FQI da RIPSA, que determina campos como Conceituação, Interpretação, Usos, Limitações, Fonte de Dados, Fórmula etc.</p> <p>A definição de “resolução de queixas” foi baseada em documento estadual que descreve o cálculo percentual de respostas às queixas recebidas no mês:</p> <p>“é o cálculo percentual das respostas às queixas recebidas no mês”</p>

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – <u>ÁREA DE QUALIDADE ASSISTENCIAL</u>: Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)	
1. Objetivo	Avaliar a qualidade do atendimento hospitalar prestado e a continuidade do cuidado após a alta, identificando potenciais falhas no processo assistencial que resultem em reinternações evitáveis.
2. Denominação do Indicador	Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)
3. Interpretação	A taxa de readmissão reflete a eficácia do atendimento inicial, a qualidade da alta hospitalar e a continuidade do cuidado pós-alta . Uma readmissão em até 29 dias sugere que o paciente retornou à unidade hospitalar, o que pode indicar lacunas no tratamento, planejamento da alta ou na articulação com a atenção ambulatorial.

4. Conceituação / Cálculo	<p>A readmissão hospitalar corresponde ao retorno de um paciente ao hospital em até 29 dias após a alta da internação anterior. Esse indicador reflete a efetividade do cuidado prestado, a adequação da alta e a integração da rede de atenção à saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula de Cálculo: $\text{Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)} = \frac{\text{Nº de pacientes readmitidos em até 29 dias da última alta hospitalar}}{\text{Nº total de internações hospitalares (exceto exclusões)}} \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> ❖ Numerador: Número de pacientes readmitidos em até 29 dias da alta hospitalar, exceto oncologia e obstetrícia. Inclui readmissões que evoluem para óbito. ❖ Denominador: Número total de internações hospitalares no período (excluídos: casos de 1 dia, altas por óbito, admissões obstétricas e diagnósticos oncológicos/quimioterapia). ❖ Multiplicador: 100. ● Método de cálculo: Extração dos dados de internação (AIH/SIH-SUS ou sistema hospitalar próprio), identificação dos casos de readmissão em até 29 dias e aplicação da fórmula.
5. Responsabilidade gerencial	<ul style="list-style-type: none"> ● Nível Operacional: Núcleo de Vigilância e Qualidade Assistencial da OSS. ● Nível Tático: Diretoria Técnica do Hospital. ● Nível Estratégico: Secretaria de Estado/Município de Saúde – área de regulação e contratualização.
6. Limitações	<ul style="list-style-type: none"> - Registros com CEP inválido ou ausente comprometem o cálculo. - Endereço desatualizado ou inconsistência entre CEP e logradouro dificultam a validação automática. - Dependência de bases de referência externas (como cadastros municipais ou nacionais de CEP) – sua desatualização afeta a precisão do indicador. - Sistemas com arquitetura limitada ou sem campos obrigatórios para CEP podem gerar subregistro.
7. Unidade de Medida	Percentual (%) por mês.
8. Tipo de Relação com as Variáveis	<p>Perfil clínico da população atendida; Complexidade e porte do hospital; Adequação da transição do cuidado e do acompanhamento ambulatorial pós-alta; Qualidade das altas hospitalares (orientações e encaminhamentos); Inclusão/exclusão de casos específicos (oncologia, obstetrícia, óbitos).</p>
9. Periodicidade / Temporalidade	Mensal/ trimestral — cada competência apresenta um valor do indicador.
10. Parâmetros (padrão)	<p>Referência internacional: valores < 10% são considerados adequados, variando conforme perfil do hospital e complexidade.</p> <p>Meta contratual OSS: a ser definida em função do perfil assistencial da unidade (ex.: ≤ 8%).</p>
11. Abrangência	Aplica-se à unidade hospitalar regional, caso seja consolidado em níveis de rede ou estado.
12. Fonte de Dados	<p>Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS); Prontuários eletrônicos ou sistemas próprios da OSS; CNES/SIH para validação de especialidades.</p>

Estrutura mínima para elaboração do Plano de Gestão da Qualidade - PGQ

A unidade hospitalar terá que elaborar um **Plano de Gestão da Qualidade** para melhoria dos serviços prestados ao Usuário, o qual será validado pela equipe técnica da SES-MT. A unidade hospitalar terá inicialmente prazo de 30 dias para apresentação da 1ª versão finalizada. O plano deve contemplar no mínimo os objetivos:

1. Avaliar a satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados.
2. Monitorar os indicadores de segurança do paciente.
3. Acompanhar a integralidade da assistência ao paciente.

4. **Identificar áreas de melhoria e implementar ações corretivas.**
5. **Garantir a conformidade com as normas e regulamentos vigentes.**

Estrutura mínima para construção do Plano de Gestão da Qualidade, para melhoria dos serviços:

Este plano servirá de base para a avaliação do indicador de qualidade dos serviços prestados ao usuário.

Estrutura do Plano:

1. Avaliação da Satisfação dos Usuários

1.1. Ferramentas de Coleta de Dados

- Aplicação de questionários ou Entrevistas estruturadas.

1.2 Estrutura do Questionário ou Entrevista

- Qualidade do atendimento médico e de enfermagem.
- Infraestrutura e conforto das instalações.
- Atendimento administrativo.
- Comunicação e informação fornecida.
- Tempo de espera.
- Acesso aos serviços.

1.3 Frequência de Avaliação

- Descrição de mecanismos de avaliação/método/frequência

2 Monitoramento dos Indicadores de Segurança do Paciente

2.1 Indicadores mínimos sugeridos – estabelecer indicadores e suas respectivas fichas de análise de dados.

2.2 Coleta de Dados – Descrever a forma, frequência e métodos de controle/auditoria.

- Registros hospitalares.
- Sistemas eletrônicos de saúde.
- Relatórios de incidentes.

2.3 Frequência de Monitoramento

- Monitoramento contínuo com relatórios mensais.

3 Identificação de Áreas de Melhoria e Implementação de Ações Preventivas e Corretivas

3.1 Análise de Dados

- Análise quantitativa e qualitativa dos dados coletados.
- Identificação de tendências negativas e áreas de risco.

3.2 Desenvolvimento de Planos de Ação

- Planos de ação preventiva: implementação de medidas para prevenir a recorrência de problemas.
- Planos de ação corretiva: desenvolvimento de ações específicas para corrigir as não conformidades identificadas.

3.3 Comunicação e Treinamento

- Sessões de treinamento para a equipe sobre novas práticas e protocolos.
- Comunicação clara dos planos de ação e suas justificativas.

4 Garantia de Conformidade com Normas e Regulamentos

4.1 Revisão de Normas e Protocolos

- Revisão contínua das normas e protocolos de atendimento.
- Garantia de que todos os procedimentos estejam em conformidade com as regulamentações vigentes.

4.2 Auditorias e Avaliações

- Realização de auditorias internas periódicas para verificar a conformidade.
- Avaliações externas, se necessário, para garantir o cumprimento dos padrões de qualidade.

5 Cronograma de Implementação

- Estabelecimento de prazos para a execução de cada etapa do plano.
- Monitoramento contínuo do progresso e ajuste de prazos conforme necessário.

5.1 Relatórios e Avaliações

- Elaboração de relatórios bimestrais detalhando os resultados.
- Apresentação dos relatórios à equipe de gestão SES e Hospital.

Objetivo	QUALIDADE DA INFORMAÇÃO
Nome do Indicador	CNES atualizado
Interpretação	Manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde atualizado, que tem como objetivo disponibilizar aos gestores públicos e privados o conhecimento da rede assistencial e da capacidade instalada da unidade.
Método de Verificação	<p>Validar por meio de visita <i>in loco</i>, as informações inseridas no Cadastro CNES concomitante com a atualização da base local, a qual deverá ser realizada em até 15 dias antes da atualização da base do SCNES nacional em conformidade com o calendário disponibilizado pelo https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Cronograma.</p> <p>O indicador será avaliado conforme os seguintes itens:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Capacidade instalada dos leitos (nº de leitos existentes SUS e não SUS); 2- Capacidade instalada de equipamentos (nº de equipamentos existentes e em uso); 3- Instalações físicas (conforme o descritivo assistencial vigente); 4- Profissionais.
Referência de Meta	CNES 100% atualizado nos itens acima.
Fonte de Informação	<p>Sistema CNES da Base Hospitalar, visita técnica <i>in loco</i> e relatórios gerenciais de glosas emitidos pelo SIH e SIA/SUS por motivos de rejeições SCNES.</p> <p>A equipe de Supervisão Administrativa emitirá relatório com análise da atualização SCNES após visita <i>in loco</i> até o 25º dia do mês subsequente ao período avaliado.</p> <p>Relatório fornecido pela instituição contendo o quadro de profissionais e arquivo exportado do CNES.</p>
Parâmetros de pontuação	100 %
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	<p>SCNES: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é uma base de dados que contém informações sobre os estabelecimentos de saúde do Brasil. Cadastra todos os estabelecimentos de saúde que prestam serviços de saúde no território nacional, independentemente de serem públicos, conveniados ou privados.</p> <p>O CNES tem como objetivos: Apoiar o planejamento em saúde; fornecer aos gestores públicos e privados uma visão da rede assistencial; dar maior visibilidade à sociedade do potencial assistencial brasileiro; ser um instrumento de gestão para a tomada de decisões; assegurar que profissionais e locais de atendimento sigam padrões de qualidade; para auditorias, que verificam as conformidades e uso dos locais e possibilitar maior controle sobre o custeio que o Ministério da Saúde repassa.</p> <p>O CNES recolhe dados sobre: Informações básicas gerais, endereço e localização; gestor responsável, atendimento prestado, caracterização, equipamentos, serviços de apoio, serviços especializados, instalações físicas e profissionais.</p>
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Referências	https://cnes.datasus.gov.br/

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - Gestão de custos no Sistema APURASUS

Objetivo	QUALIDADE DA INFORMAÇÃO
Nome do Indicador	Gestão de custos no Sistema APURASUS
Interpretação	Proporcionar um maior controle, monitoramento e qualificação dos gastos públicos referentes a aplicação dos recursos que constam em contrato usando como base a ferramenta Sistema APURASUS - Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS do Ministério da Saúde.
Referência de Meta	<p>Será avaliado:</p> <p>a) A regularidade na alimentação do Sistema APURASUS e a manutenção das informações atualizadas.</p>

	b) A apresentação dos relatórios emitidos pelo Sistema APURASUS até o 5º dia do mês subsequente.
Fonte de Informação	Relatórios emitidos pelo Sistema APURASUS: 1- Custo Total da Unidade, contendo informações de custos de Pessoal, de Material de Consumo, de Serviços Terceiros e Despesas Gerais; 2- Centro de Custo x Produto; 3- Item de Custo x Centros de Custo.
Parâmetros (padrão)	100%
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	<p>O sistema de Gestão de Custos utilizado da unidade deverá dispor de funcionalidades similares ao APURASUS, conforme detalhamento abaixo:</p> <p>O APURASUS (Sistema de Apuração e Análise de Custos do SUS) é uma ferramenta desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de aprimorar a gestão financeira e operacional das unidades de saúde.</p> <p>Funcionalidades do APURASUS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coleta e Registro de Dados: Permite a coleta detalhada de dados financeiros e operacionais das unidades de saúde, incluindo custos de insumos, medicamentos, pessoal e serviços. 2. Análise de Custos: Proporciona ferramentas para análise detalhada dos custos, identificando os principais gastos e oportunidades de redução de despesas. 3. Relatórios Gerenciais: Gera relatórios gerenciais que auxiliam na tomada de decisões, oferecendo uma visão clara dos custos por centro de custo, por paciente e por procedimento. 4. Benchmarking: Possibilita a comparação dos custos entre diferentes unidades de saúde, permitindo identificar boas práticas e áreas que necessitam de melhorias. 5. Integração com Outros Sistemas: Facilita a integração com outros sistemas de gestão hospitalar e de saúde, garantindo uma visão abrangente e integrada dos dados. <p>Objetivos do APURASUS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O principal objetivo do APURASUS é promover a transparência e a eficiência na gestão dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Melhorar a Eficiência dos Gastos Públicos: Identificar áreas onde os recursos podem ser melhor alocados para maximizar o impacto positivo na saúde pública. 3. Apoiar a Tomada de Decisões: Fornecer dados precisos e relevantes que auxiliem gestores na tomada de decisões informadas sobre a alocação de recursos e a gestão de operações hospitalares. 4. Promover a Transparência: Garantir que os gastos públicos sejam monitorados e analisados, aumentando a transparência e a responsabilidade na gestão dos recursos do SUS. <p>Resultados Esperados com a utilização do sistema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redução de Custos: Identificação de desperdícios e oportunidades para redução de custos, otimizando o uso dos recursos disponíveis. 2. Melhoria na Qualidade dos Serviços: Uso eficiente dos recursos pode resultar em melhorias na qualidade dos serviços prestados aos pacientes. 3. Maior Transparência: Aumento da transparência e prestação de contas, fortalecendo a confiança pública na gestão dos recursos de saúde. 4. Tomada de Decisões Informada: Melhor suporte à tomada de decisões estratégicas com base em dados concretos e análises detalhadas. 5. Comparação de Desempenho: Possibilidade de comparar o desempenho com outras unidades de saúde, incentivando a adoção de melhores práticas e inovação.
Responsável	Superintendência de Gestão de Parcerias Hospitalares/SES/MT

Referências	<p>Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015: Institui o Sistema de Informação de Custos do SUS (APURASUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Vieira, L. M., & Garcia, M. C. (2020). <i>Análise de Custos na Gestão Hospitalar Pública: O Uso do APURASUS</i>. Revista Brasileira de Economia da Saúde, 12(2), 123-140.</p> <p>Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público MCASP 9ª Edição_.pdf. endereço eletrônico: https://sisweb.tesouro.gov.br "A "PROTEÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS FUNDADA NOS MECANISMOS DE CONTROLE E NOS INSTRUMENTOS DE FISCALIZAÇÃO PÚBLICA TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO" - Secretaria-Geral da Presidência - Instituto Serzedello Corrêa - Especialização em Auditoria e Controle Governamental. Normas de Contabilidade Pública do Conselho Federal de Contabilidade.</p>
--------------------	---

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - Percentual de pacientes SUS internados regulados e registrados no Sistema de Gestão de Leitos (INDICASUS)	
Objetivo	QUALIDADE DA INFORMAÇÃO
Nome do Indicador	Percentual de pacientes SUS internados regulados e registrados no Sistema de Gestão de Leitos (INDICASUS) SES-MT
Interpretação	Avaliar o percentual das internações reguladas no Sistema de Regulação <i>on line</i> e registradas no Sistema de Gestão de Leitos SES-MT.
Fórmula do Cálculo	$\frac{\text{Número de pacientes SUS internados regulados e registrados no Sistema IndicaSUS no período}}{\text{Total de pacientes SUS internados no período}} \times 100$
Numerador	Número de pacientes SUS internados regulados e registrados no Sistema IndicaSUS no período
Denominador	Total de pacientes SUS internados no período
Referência de Meta	100% das internações SUS reguladas no Sistema de Regulação <i>on line</i> e registradas no Sistema IndicaSUS.
Fonte de Informação	Sistema de Regulação <i>on line</i> e IndicaSUS.
Parâmetros (padrão)	100%
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	<p>O Sistema IndicaSUS é um sistema de informação do Estado de Mato Grosso tendo como principal objetivo possibilitar a entrada, a análise e a consolidação de informações de interesse de saúde e permite o acompanhamento diário da ocupação dos leitos e notificações dos hospitais do estado, bem como permitir avaliar em tempo real os leitos disponíveis e as taxas de ocupação, incluindo algumas funções como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar informações, em tempo real, sobre a oferta de leitos; - Acompanhar a alocação de leitos eletivos por clínica e prestador em tempo real; - Controlar o fluxo dos pacientes nos estabelecimentos de saúde (admissão, acompanhamento da internação e alta); - Acompanhar a execução da oferta disponibilizada/contratualizada por estabelecimento de saúde executante; <p>Regulado: internação regulada no Sistema de Regulação <i>on line</i> em tempo real, que consta o status aprovado na solicitação, via Central Estadual de Regulação.</p>
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Considerações (Variáveis do indicador)	<p>O registro quanto a regulação de acesso (nº da solicitação no Sistema de Regulação <i>on line</i> e nº da AIH) devem ser lançados no IndicaSUS conforme o prazo estabelecido no Manual vigente.</p> <p>Não serão aceitas regulações posteriores à data de internação.</p> <p>Não serão consideradas as dobras de conta do Sistema de Regulação <i>on line</i>.</p>

Referências	<p>- Decreto Estadual nº 130 de 24 de fevereiro de 2023 que dispõe sobre a instituição do Sistema IndicaSUS; Portaria GM/MS Nº 1559 de 1º de agosto de 2008 que institui sobre a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>- Decreto Estadual nº 670 de 07 de outubro de 2020 que regulamenta os termos da Lei nº 10.783/2018, que dispõe sobre a transparência na Política Estadual de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito do Estado de Mato Grosso.</p> <p>- Manual de uso do Sistema IndicaSUS Leitos. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. v. 4, 2025. Disponível em: https://sites.google.com/ses.mt.gov.br/ajuda-indicasus/documenta%C3%A7%C3%A3o</p>
--------------------	--

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - Proporção de Comissões Obrigatórias e pertinentes ao perfil de atendimento hospitalar	
Objetivo	QUALIDADE DA GESTÃO
Nome do Indicador	Proporção de Comissões Obrigatórias e pertinentes ao perfil de atendimento hospitalar
Interpretação	Avaliação da atuação das comissões atuantes, visando melhoria contínua, prestando uma assistência de qualidade e de forma cada vez mais eficiente, garantindo a sua efetividade em conformidade com a Legislação vigente;
Fórmula do Cálculo	$\frac{\text{Número de comissões atuantes durante o mês (verificados na Supervisão in loco)}}{\text{Total de Comissões obrigatórias existentes no Contrato}} \times 100$
Numerador	Número de comissões atuantes durante o mês (verificados na Supervisão <i>in loco</i>)
Denominador	Total de Comissões obrigatórias existentes no Contrato x 100
Referência de Meta	100% das Comissões atuantes devidamente comprovadas por atas de reuniões e validadas pela supervisão administrativa.
Fonte de Informação	Relatório elaborado pela instituição contendo as Ata das Reuniões das Comissões Assessoras descritas no contrato, apresentado até o 5º dia do mês subsequente à prestação de serviços.
Parâmetros de Pontuação	100%
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	<p>Comissões: grupo interno de trabalhadores de uma instituição hospitalar que se reúnem em função de defender, manter e ampliar o âmbito profissional, além de encaminhar, se necessário, aos órgãos competentes às propostas de normas que visam melhorar e adequar o exercício profissional nas mais variadas áreas de atuação;</p> <p>Ata de Reunião: meio de registro formal das reuniões das comissões, devem registrar o conteúdo deliberado na reunião e conter informações essenciais, como o nome da Comissão, Data e Horário de ocorrência e assinatura dos integrantes que participaram;</p>
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Considerações (Variáveis do indicador)	<p>As Comissões se tornarão obrigatórias somente se estiverem descritas no Contrato e deverão estar adequadas ao perfil de atendimento hospitalar.</p> <p>Ata de Reunião de Comissões que não constam no Contrato não farão parte do cálculo deste indicador.</p>
Referências	<p>BRASIL. Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, 2015.</p> <p>BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.616 de 12 de maio de 1998 que estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares.</p>
LISTA DE COMISSÕES OBRIGATÓRIAS	

Comissão de Ética Médica (CEM);
 Comissão de Ética de Enfermagem (CEE);
 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
 Comissão de Verificação de Óbitos (CVO);
 Comissão de Revisão de Prontuários Médicos (CRPM);
 Comissão de Ética e Pesquisa (CEP);

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - Proporção de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS)

Objetivo	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
Nome do Indicador	Proporção de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS)
Interpretação	Avaliar e monitorar o desenvolvimento das atividades de Educação Permanente em Saúde para a equipe de enfermagem e multiprofissional no âmbito da assistência hospitalar.
Método de Verificação	As atividades de EPS serão avaliadas conforme os seguintes critérios: 1- Cronograma Anual elaborado pela Instituição; 2- Atividade Educacional mensal realizada conforme cronograma; 3- Plano da atividade educacional mensal devidamente aprovada pela equipe gestora da instituição; 4- Lista de presença dos profissionais que foram submetidos à ação de educação comprovando o envolvimento de pelo menos 70% dos profissionais da instituição.
Referência de Meta	Cumprir com: - Realizar as atividades de educação permanente mensalmente conforme o cronograma anual da instituição; - Envolver 70% de profissionais de enfermagem na atividade; - Envolver 70% da equipe multiprofissional na atividade; - Encaminhar o Relatório do Plano de atividade das capacitações.
Fonte de Informação	Relatório elaborado pela instituição contendo (tema, data, horário, quantos participantes, quantidade existentes de funcionários, lista de frequência, plano, foto), o qual deverá ser fornecido até o 5º dia do mês subsequente.
Parâmetros (padrão)	70% de envolvimento
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	Educação Permanente: atividades educacionais visando ampliar o acesso à informação e o envolvimento com o trabalho, Planejamento da EPS: modelo de relatório de cada instituição que deverá conter, tema da capacitação, responsável pela capacitação, público alvo e metodologia.
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Considerações (Variáveis do indicador)	O cronograma anual elaborado pela instituição tem a função de organizar o público alvo das EPS ao longo do ano. Todos os profissionais atuantes na instituição deverão receber capacitações periódicas. O Cronograma deverá ser encaminhado a SES-MT para ser analisado e aprovado, pois todas as linhas de cuidado existentes deverão estar presentes no cronograma. Toda alteração do cronograma deve ser submetida a uma nova análise para garantir o envolvimento de todos os profissionais atuantes da instituição.
Referências	BITENCOURT, G.R.; FERREIRA, A.F.M.; AMARAL, M.H.S.P.; RENAULT, S.M.G.; SILVA, J.O.; SANTOS, K.M. Uso de indicadores na avaliação do serviço de educação permanente: reflexão dos pilares da qualidade. Rev baiana enferm. ed. 35:e368442021. Brasil, 2021.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - Percentual de ações de caráter humanizador, viabilizando as diretrizes da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)

Objetivo	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
-----------------	---------------------------------

Nome do Indicador	Percentual de ações de caráter humanizador, viabilizando as diretrizes da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)
Interpretação	Avaliar as ações de caráter humanizador desempenhadas pela instituição durante o mês, que deverão proporcionar um ambiente humanizado aos profissionais, pacientes e seus acompanhantes;
Método de Verificação	As ações de Humanização serão avaliadas conforme os seguintes critérios: 1- Cronograma Anual elaborado pela Instituição; 2- Plano de operação da Ação de Humanização mensal devidamente aprovada pela equipe gestora da instituição; 3- Relatório da Atividade de Humanização mensal realizada conforme cronograma com lista de presença dos envolvidos.
Referência de Meta	Cumprir com: - Realizar as atividades de humanização mensalmente conforme o cronograma anual da instituição; - Encaminhar o Plano de operação da Ação de Humanização; - Encaminhar o Relatório do Plano de atividade das capacitações.
Fonte de Informação	Relatório elaborado pela instituição contendo (tema, data, horário, quantidade de participantes, quantidade existentes de funcionários, lista de frequência, plano, foto), o qual deverá ser fornecido até o 5º dia do mês subsequente.
Parâmetros (padrão)	100 %
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	Ação de Humanização: são ações que permitem a adaptação do atendimento, estrutura física e processos às necessidades do paciente, elevando a qualidade da assistência em saúde; Planejamento da Ação de Humanização: modelo de relatório de cada instituição que deverá conter: tipo da ação realizada, responsável pela execução, público alvo e metodologia.
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Considerações (Variáveis do indicador)	As ações de humanização em cronograma desenvolvidas pela instituição precisam contemplar as diretrizes do HumanizaSUS sendo elas: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.
Referências	BRASIL. Cadernos Humaniza-SUS: volume 3 - Atenção Hospitalar. Ministério da Saúde, v. 3. Brasília, 2011.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA: Percentual de Partos Cesáreos	
Objetivo	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
Nome do Indicador	Percentual de Partos Cesáreos – Indicador de Assistência Obstétrica
Título resumido	Taxa de Cesárea
Conceituação/ definição	Mede a proporção de partos realizados por cesariana em relação ao total de partos realizados (vaginais + cesáreos), em determinado período e âmbito geográfico/organizacional considerado.
Unidade de Medida	Percentual (%)

Fórmula/ método de cálculo	$P = \left(\frac{\text{Número de partos cesáreos}}{\text{Total de partos}} \right) \times 100$
Periodicidade:	mensal (ou conforme conveniência)
Numerador	Número de partos cesáreos realizados no período (mês) no âmbito da unidade
Denominador	Total de partos realizados (vaginais + cesáreos) no mesmo período e âmbito
Multiplicador	× 100
Método de cálculo / instruções de operação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extrair dados de registro de partos no período 2. Garantir compatibilidade e consistência nos registros (excluir registros com tipo de parto ignorado ou inconsistentes) 3. Somar quantidades para numerador e denominador 4. Aplicar fórmula acima para obter percentual
Categorias de análise / desagregações	Por maternidade / hospital; por município / região; por faixa etária da mãe; por paridade (primíparas vs multíparas); por classificação de risco obstétrico; por grupo de Robson (se aplicável)
Granularidade (nível de desagregação máxima)	Estabelecimento de saúde (CNES), unidade de maternidade, município, OSS, rede assistencial
Periodicidade de atualização	Mensal (ou trimestral, conforme gestão)
Responsabilidade gerencial	Área técnica de obstetrícia / qualidade / regulação da OSS ou órgão gestor (incluir e-mail e nome do responsável)
Interpretação / significado	Indica o grau de utilização da via cesárea em relação ao total de partos. Uma taxa muito elevada pode indicar prática obstétrica excessiva de cesarianas (possível sobreuso), enquanto uma taxa muito baixa pode indicar dificuldade de acesso ou indisponibilidade à cesárea quando indicada.
Usos / aplicações	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento da prática obstétrica - Comparação entre unidades, regiões ou períodos - Apoio a decisões de política, regulação e contratos de gestão - Subsidiar ações de redução de cesáreas desnecessárias
Limitações / vieses potenciais	<ul style="list-style-type: none"> - Qualidade e completude dos registros de tipo de parto - Casos com tipo de parto “ignorado” ou inconsistências nos prontuários - Diferenças no perfil obstétrico (risco elevado) entre unidades, afetando comparabilidade - Vies de seleção ou de classificação (ex: parto múltiplo, situação de emergência)
Fonte(s) de dados possíveis / recomendadas	Registros internos de maternidade / sistema de informação da OSS; prontuários obstétricos; sistemas de prontuário eletrônico; eventualmente bases oficiais como SINASC / sistemas municipais / estaduais, se disponíveis e confiáveis
Meta / padrão referencial sugerido	(Aqui deve constar a meta institucional ou convenção) — por exemplo: reduzir a taxa para um valor máximo aceitável (ex: 45 %) ou reduzir x % em relação ao período anterior.
Notas / observações	Campo para observações complementares (ex: exclusões, ajustes, casos especiais, critérios de exclusão)

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA: Taxa de Aplicação de Robson nas Parturientes Submetidas ao Parto Cesáreo

Objetivo	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
-----------------	--

Nome do Indicador	Taxa de Aplicação de Robson nas Parturientes Submetidas ao Parto Cesáreo
Título resumido	Aplicação de Robson nas Cesáreas (%)
Conceituação/ definição	Proporção de parturientes que realizaram parto cesáreo no período e que foram devidamente classificadas segundo a Classificação de Robson , em relação ao total de cesáreas realizadas. Esse indicador permite verificar a aderência ao protocolo de uso da classificação de Robson como ferramenta de estratificação e análise das cesáreas, contribuindo para melhorar registros, uniformizar comparações e subsidiar intervenções específicas por grupo Robson.
Interpretação	Indica até que ponto as cesáreas realizadas foram registradas com atribuição de grupo Robson. Uma taxa mais próxima de 100 % mostra bom nível de implementação do protocolo de classificação. Taxas baixas podem significar falhas no registro de dados, lacunas no preenchimento ou dificuldade de uso da classificação.
Usos / finalidades	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento da qualidade do registro e da adesão à classificação Robson - Comparação intra e interinstitucional (ao longo do tempo ou entre unidades) - Subsidiar ações para melhoria do uso da classificação Robson - Identificação de lacunas de dados ou necessidades de capacitação em preenchimento - Aproximar as práticas obstétricas à análise estratificada por grupo Robson
Limitações / vieses potenciais	<ul style="list-style-type: none"> - Inconsistências ou omissões nas variáveis necessárias para classificação de Robson (paridade, início de trabalho de parto, apresentação fetal, número de fetos, gestação, etc.) - Cesáreas para as quais faltam dados não devem ser incluídas no numerador - Diferenças nos critérios de inclusão/exclusão podem afetar comparabilidade - Quando o número de cesáreas for muito pequeno, o indicador fica sujeito a flutuações bastante sensíveis
Unidade de Medida	Percentual (%)
Fórmula/ método de cálculo	$\text{Taxa de Aplicação de Robson (\%)} = \left(\frac{\text{Número de cesáreas classificadas segundo Robson}}{\text{Total de cesáreas realizadas}} \right) \times 100$
Fonte(s) de dados	Base de dados da maternidade / unidade obstétrica da OSS (prontuário obstétrico eletrônico, sistema interno), registros de cesáreas com campos de classificação Robson, sistema de informação corporativo da OSS ou sistema de informação municipal/estadual se compatível
Periodicidade:	mensal (ou conforme conveniência)
Numerador	Número de parturientes submetidas a parto cesáreo que receberam classificação segundo Robson no período analisado
Denominador	Total de parturientes submetidas a parto cesáreo no mesmo período
Multiplicador	100 (para converter em percentual)
Método de cálculo / instruções de operação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Delimitar período (ex: mês) 2. Extrair do registro de cesáreas o total C 3. Identificar quantas dessas cesáreas têm todos os dados para serem classificadas por Robson e foram efetivamente atribuídas, e contabilizar A 4. Verificar se $C > 0$ (se = 0, indicador não aplicável) 5. Calcular $(A / C) \times 100$ 6. Caso haja registros com dados insuficientes para classificação, esses cesáreas não entram no numerador 7. Documentar eventuais exclusões ou critérios de verificação de dados insuficientes
Categorias de análise / desagregações	Por maternidade / unidade obstétrica Por município Por OSS / rede Por faixa etária da mãe

	<p>Por grupo Robson (para ver onde falta classificação)</p> <p>Por paridade, risco obstétrico, tipo de início do trabalho de parto etc.</p>
Granularidade (nível de desagregação máxima)	Estabelecimento de saúde (maternidade), unidade obstétrica (se houver divisão interna), município, OSS, rede assistencial
Periodicidade de atualização	Mensal ou conforme período de monitoramento institucional
Responsabilidade gerencial	Área técnica de obstetrícia / qualidade / regulação da OSS / órgão gestor local (incluir nome, cargo, e-mail, telefone)
Fontes/ observações	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir critério de exclusão ou casos especiais (ex: cesárea emergencial com dados incompletos) - Pode-se definir meta mínima de aplicação (ex: $\geq 90\%$) - Em relatórios, é importante informar o número absoluto de cesáreas sem classificação para transparência - Monitorar a evolução mensal da taxa como indicador de maturidade de dados - Em casos de implementação inicial, pode haver curva de aprendizado
Análise descritiva esperada	<p>Apresentar a tendência mensal da taxa de aplicação de Robson</p> <p>Indicar unidades ou períodos com taxas muito baixas</p> <p>Associar à proporção de cesáreas e, eventualmente, propor correlações com práticas obstétricas</p> <p>Mostrar número de cesáreas sem classificação para apontar gargalos</p>