



MN-QAS-001-00


MN

MANUAL



QUALIDADE ASSISTENCIAL

NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/32

1. OBJETIVO

Padronização e alcance da qualidade nos serviços de saúde tornando-se um diferencial técnico e social para as unidades sob gestão do INTS. Mensurar qualidade e quantidade nos serviços de saúde torna-se imprescindível para o desenvolvimento, planejamento, organização e controle das atividades executadas. O acompanhamento dos resultados é fundamental para a tomada de decisões institucionais sejam elas na área assistencial ou administrativa.

2. RESPONSABILIDADES

Elaboração e revisão: Área de Qualidade Assistencial

Execução: As Unidades de Saúde que estão sob a gestão do INST, ficam a cargo de cada Diretor Médico.

3. DEFINIÇÕES


Não se aplica.

4. PROCEDIMENTO

A introdução da qualidade nos serviços de saúde tem sido amplamente discutida e compartilhada entre os profissionais, com foco na excelência dos serviços prestados, contamos ainda com o perfil evolutivo da população brasileira que se tornou mais consciente e exerce com maior propriedade seu exercício de cidadania, deste modo há uma maior necessidade de que os prestadores de serviço sejam eles públicos ou privados apresentem um nível de comprometimento e adequações aos serviços de saúde.

Mesmo que os resultados constituam um indicador de qualidade é necessário a realização de avaliações simultâneas das estruturas e dos processos para conhecer as razões das diferenças encontradas de forma a planejar intervenções que levem não apenas à melhoria da assistência à saúde, mas o alcance da eficiência da gestão e administração dos serviços de saúde.

O movimento pela qualidade nos serviços de saúde é hoje uma necessidade singular associada a gestão das áreas a fim de garantir a assistência livre de riscos e danos ao usuário, mediante tal afirmativa os valores de comprometimento, cooperação, dedicação e aprimoramento contínuos da equipe multidisciplinar devem nos projetar aos resultados desejados para pacientes, profissionais e corporação.

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 2/32


4.1. UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

4.1.1. Tempo de espera para acolhimento com classificação de risco

INDICADOR	
TEMPO DE ESPERA PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	O resultado do indicador representa a média do tempo de espera até a Classificação de Risco. Quanto menor, melhor.
METODOLOGIA	Mensuração do tempo decorrido desde o registro que configura a chegada do paciente até o Acolhimento com Classificação de Risco.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Pacientes nitidamente classificados como Vermelho
UNIDADE DE MEDIDA	Minutos
CÁLCULO	
$\frac{\sum \text{Tempo de espera para o acolhimento com classificação de risco}}{\text{Total de atendimentos}} \times 1$	
META	10 min
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais, Tempo de espera na urgência e emergência. 2012. Acesso em: 15.05.2021. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-02.pdf

4.1.2. Taxa de atendimento médico dentro do tempo conforme classificação de risco

INDICADOR	
TAXA DE ATENDIMENTO MÉDICO DENTRO DO TEMPO CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	O indicador aponta para a realização do atendimento em tempo adequado, conforme protocolo Manchester ou protocolo de classificação de risco adaptado. Pode ser desdobrado pela classificação adotada (Azul, Verde, Amarelo, Laranja, Vermelho) Quanto menor, melhor.
METODOLOGIA	Mensuração do tempo decorrido desde o registro que define a classificação de Risco do paciente até o Atendimento Médico.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Pacientes nitidamente classificados como Vermelho ou classificados como Vermelho após aplicação do protocolo.
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)


	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 3/32

CÁLCULO

$\frac{\sum \text{Total de atendimentos com ACCR dentro do tempo previsto no protocolo}}{\text{Total de atendimentos}} \times 1$	
META	A definir
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais, Tempo de espera na urgência e emergência. 2012. Acesso em: 15.05.2021. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-02.pdf

4.1.3. Tempo de espera para atendimento médico

INDICADOR	
TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO MÉDICO	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	O resultado do indicador representa a média do tempo de espera até o primeiro atendimento médico. Quanto menor a média, melhor.
METODOLOGIA	Mensuração do tempo decorrido desde o registro da abertura de ficha até a admissão médica.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Pacientes admitidos nos serviços de urgência e emergência de hospitais e UPA's.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Evasão.
UNIDADE DE MEDIDA	Minutos
CÁLCULO	
$\frac{\sum \text{Tempo de espera para o primeiro atendimento}}{\text{Total de atendimentos}} \times 1$	
META	Parametrizar de acordo com as metas contratuais.
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais, Tempo de espera na urgência e emergência. 2012. Acesso em: 15.05.2021. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-02.pdf


	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 4/32

4.1.4. Taxa de pacientes que permaneceram período maior que 48 horas

INDICADOR	
TAXA DE PACIENTES QUE PERMANECEM NA UNIDADE EM PERÍODO MAIOR QUE 48 HORAS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o número de pacientes com permanência superior a 48 horas e o número de saídas.
METODOLOGIA	Avaliar número total de atendimentos com permanência superior a 48 horas em relação ao total de saídas, multiplicado por 100.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Todos os atendimentos que permaneceram na unidade em período superior a 48 horas
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Atendimentos que obtiveram alta em período inferior a 48 horas.
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de pacientes (atendimentos) com permanência } > 48 \text{ horas}}{\text{Total de saídas}} \times 100$	
META	Parametrizar com a meta contratual
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Sistema de prontuário eletrônico.
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa e equipe de enfermagem
REFERÊNCIA	1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais, Tempo de espera na urgência e emergência. 2012. Acesso em: 15.05.2021. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-02.pdf

4.1.5. Número de atendimentos conforme classificação de Manchester


INDICADOR	
NÚMERO DE ATENDIMENTOS CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE MANCHESTER	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Número total de atendimentos realizados pela classificação de risco segundo o protocolo de Manchester contemplando suas classificações nas cores: AZUL, VERDE AMARELO, LARANJA e VERMELHO. ** As Unidades que optam por protocolo adaptado, devem seguir com as parametrizações adotadas.
METODOLOGIA	Número de pacientes classificados de acordo com as cores contempladas pelo protocolo de Manchester ou Adaptação Incorporada.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Todos os pacientes avaliados pelo acolhimento com classificação de risco.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Todo paciente que não for atendido pela classificação de risco.
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	
$N \text{ de pacientes atendidos (Azul, Verde, Amarelo, Laranja e Vermelho)}$	
META	Parametrizar de acordo com as metas contratuais

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 5/32

PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe de Enfermagem
REFERÊNCIA	1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. ANS. BRASIL. Acolhimento e classificação de risco. v1 01. nov. 2012. Acesso em maio. 2021. Disponível em

4.1.6. Taxa de mortalidade institucional

INDICADOR	
TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	A taxa de mortalidade institucional avalia os óbitos na instituição após as primeiras 24 horas de internação sobre o total de saídas de um determinado período.
METODOLOGIA	O resultado do indicador reflete o percentual de óbitos institucionais no período de interesse. Quanto menor a taxa de mortalidade, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de óbitos após 24 horas da admissão}}{\text{Total de saídas}} \times 100$	
META	Parametrizar de acordo com as metas contratuais
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local.
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe de Enfermagem
REFERÊNCIA	1. Brasil. 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 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Resolução Nº 07, 24/02/2010. Brasília, 2010.


	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 6/32

4.1.7. Taxa de ocupação

INDICADOR	
TAXA DE OCUPAÇÃO	
TIPO DE INDICADOR	(x) Estrutura () Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período.
METODOLOGIA	Número de pacientes dia sobre número de leitos dia multiplicado por 100.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Não considerar: Recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços de recém nascidos saudáveis, leitos de pré-parto e bloqueado por motivos transitórios (Manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{\sum \text{Paciente/dia}}{\sum \text{Leitos/dia}} \times 100$	
META	Parametrizar de acordo com as métricas contratuais.
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa, Enfermagem e Gestão de leitos
REFERÊNCIA	1. CQH. 3º Caderno de Indicadores CQH. Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. São Paulo.2009. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/3%20caderno%20de%baixa-res.pdf . Acesso em: 20/05/2021 2. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar.2 ed. Brasília: Ministério da Saúde.2002.32p.(Série A. Normas e Manuais Técnicos.)

4.1.8. Taxa de pacientes regulados

INDICADOR	
TAXA DE PACIENTES REGULADOS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o total de pacientes regulados e o total de pacientes que tiveram saída com solicitação para regulação da unidade durante o mês.
METODOLOGIA	Número de pacientes regulados no mês sobre o número de saídas mês x 100.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Contabilizar altas, transferências externas, evasão e óbitos
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Não incluir pacientes que saíram da unidade apenas para realizar exames e regressaram à unidade de origem.
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de pacientes regulados}}{\text{Total de saídas com solicitação para regulação}} \times 100$	

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 7/32


META	Parametrizar de acordo com as métricas contratuais
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Sistema de prontuário eletrônico e registros internos do NIR
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe de enfermagem e Núcleo Interno de Regulação
REFERÊNCIA	1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57 p. : il.

4.1.9. Número de atendimentos

INDICADOR	
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Número absoluto de atendimentos realizados pela unidade.
METODOLOGIA	Número total de atendimentos da unidade
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	
<i>N absoluto de atendimentos da unidade</i>	
META	Parametrizar de acordo com as métricas contratuais.
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Sistema de prontuário eletrônico
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe assistencial e/ou administrativa
REFERÊNCIA	1. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) Manual de indicadores de enfermagem NAGEH / Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). - 2.ed. São Paulo : APM/CREMESP, 2012. 60p.

4.1.10. Número de atendimentos por especialidade

INDICADOR	
NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR ESPECIALIDADE	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Número absoluto de atendimentos realizados pela unidade de acordo com as especialidades médicas ofertadas.
METODOLOGIA	Número total de atendimentos por especialidades médicas
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Todos os pacientes atendidos por especialistas nas unidades (clínica médica, ortopedia, cirurgia geral, etc...)
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 8/32

CÁLCULO

N absoluto de atendimentos por especialidades


META	Parametrizar com as metas contratuais.
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Prontuário eletrônico
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe assistencial e/ou administrativa
REFERÊNCIA	-

4.1.11. Número de exames realizados (SADT)

INDICADOR	
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS (SADT)	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Número absoluto de exames realizados.
METODOLOGIA	Mensurar o volume de exames por tipo de serviço (imagem, laboratório etc.)
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Todos os exames contemplados como SADT realizados na unidade em determinado período
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	
<i>N absoluto de exames realizados na unidade</i>	
META	Parametrizar conforme métricas contratuais.
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Prontuário eletrônico
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe assistencial e/ou administrativa
REFERÊNCIA	-

4.1.12. Número de recoletas (SADT)

INDICADOR	
NÚMERO DE RECOLETAS DE EXAMES LABORATORIAIS (SADT)	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Número absoluto de exames laboratoriais que foram recoletados.
METODOLOGIA	Acompanhar o desempenho do serviço em relação ao volume, transporte e condições de armazenamento da amostra; e assertividade em relação a técnica de coleta. Acelerar a definição de conduta do profissional médico.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Devem ser contabilizados todas as recoletas independentemente do motivo.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro


	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 9/32

CÁLCULO

<i>N absoluto de exames recoletados</i>	
META	Parametrizar de acordo com as metas contratuais
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Prontuário eletrônico
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe assistencial e/ou administrativa
REFERÊNCIA	-

4.1.13. Tempo de realização de exames por classificação de risco (SADT)

INDICADOR	
TEMPO DA REALIZAÇÃO DE EXAMES POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (SADT)	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Mostra o tempo médio de realização do exame por classificação de risco.
METODOLOGIA	<p>Tem como numerador a soma do tempo da realização dos exames no mês. E como denominador o volume de exames realizados no mês.</p> <p>Tempo médio para a realização do exame segmentado pela classificação de risco.</p> <p>Acompanhar o desempenho do serviço em relação ao tempo de execução do exame. Acelerar a definição de conduta do profissional médico.</p> <p>Quanto menor, melhor.</p> <p>Obs.: Será possível determinar uma meta para cada cor do protocolo de classificação de risco.</p>
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Pacientes sem classificação de risco registrada.
UNIDADE DE MEDIDA	Minuto
CÁLCULO	
$\frac{\sum \text{Tempo de realização do exame}}{N \text{ de exames realizados}} \times 1$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe assistencial e/ou administrativa
REFERÊNCIA	-


	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 10/32

4.1.14. Taxa de retorno em até 48 horas

INDICADOR	
TAXA DE RETORNO EM ATÉ 48 HORAS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Avalia a relação em (%) dos retornos a UPA.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de reingressos na Unidade em até 48 horas após alta hospitalar. E como denominador o número de atendimentos na Unidade. Determinar a eficácia do serviço de saúde realizado na UPA e seu impacto em prevenir o retorno não programado do paciente na Unidade após a alta hospitalar. Quanto menor, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Pacientes que retornam com tempo superior a 48 horas
UNIDADE DE MEDIDA	%
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de atendimentos de retorno}}{N \text{ de atendimentos}} \times 100$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe assistencial e/ou administrativa
REFERÊNCIA	-

4.1.15. Taxa de evasão

INDICADOR	
TAXA DE EVASÃO	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o total de altas por evasão e o total de altas.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de altas por evasão, no mês. E como denominador o número de saídas (alta hospitalar, transferência e óbito). Determinar a eficácia do serviço de saúde realizado na UPA. Quanto menor, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	%
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de altas por evasão}}{N \text{ de saídas}} \times 100$	

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 11/32


META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe assistencial e/ou administrativa
REFERÊNCIA	-

4.1.16. Taxa de altas em até 24 horas após pedido de transferência

INDICADOR	
TAXA DE ALTAS EM ATÉ 24H APÓS PEDIDO DE TRANSFERÊNCIA	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Avalia a relação em (%) de internamentos de curta permanência.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de altas hospitalares em até 24 horas após solicitação de transferência, no mês. E como denominador o número de saídas (alta hospitalar, transferência e óbito) com solicitação de transferência no mês. Determinar a eficácia do serviço de saúde realizado na UPA. Quanto menor, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	- Pacientes com solicitação de transferência.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	- Pacientes com alta superior a 24 horas. - Óbitos com menos de 24 horas.
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de altas com solicitação de transferência e tiveram alta hospitalar em até 24h}}{N \text{ de altas com solicitação de transferência preenchido}} \times 100$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe assistencial e/ou administrativa
REFERÊNCIA	-

4.1.17. Média de permanência


INDICADOR	
MÉDIA DE PERMANÊNCIA	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Representa o número médio em dias em que os pacientes ficam em regime de internamento.
METODOLOGIA	Tem como numerador o tempo de permanência após solicitação de transferência, no mês. E como denominador o número de saídas (alta hospitalar, transferência externa e óbito) com solicitação de transferência no mês.

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 12/32

	Determinar a eficácia do serviço de saúde realizado na UPA. Quanto menor, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	- Pacientes com solicitação de transferência.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	
UNIDADE DE MEDIDA	Dias
CÁLCULO	
$\frac{\sum \text{Tempo de permanência após a solicitação de transfência}}{N \text{ de saídas com solicitação de transferência preenchido}} \times 100$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe assistencial e/ou administrativa
REFERÊNCIA	-

4.1.18. Taxa de altas antes da transferência

INDICADOR	
TAXA DE ALTAS ANTES DA TRANSFERÊNCIA	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Avalia a capacidade da equipe assistencial de reduzir o tempo de internação do paciente.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de altas hospitalares após solicitação para regulação no mês. E como denominador o número de saídas (alta hospitalar, transferência e óbito) com o a solicitação para regulação no mês. Determinar a eficácia do serviço de saúde realizado na UPA. Avaliar o tempo de resposta do serviço de Regulação. Quanto maior, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	- Pacientes sem solicitação de transferência.
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de altas hospitalares antes da efetivação da transferência via regulação}}{N \text{ de saídas com solicitação para regulação}} \times 100$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-


	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 13/32

4.1.19. CIDS'S mais prevalentes (perfil epidemiológico)

INDICADOR	
CID'S MAIS PREVALENTES (PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CID 20+)	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Mostra os CID's mais prevalentes do serviço.
METODOLOGIA	Volume total de atendimento separado por CID/ Grupo de CID, concentrado nos 20 CID's com maior volume.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	
<i>N de atendimentos Por CID/ Grupo CID</i>	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.1.20. Taxa de conversão

INDICADOR	
TAXA DE CONVERSÃO	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o total de altas com solicitação de transferência e o total de saídas.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de altas hospitalares com solicitação de transferência, no mês. E como denominador o número de saídas (alta hospitalar, transferência e óbito).
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de solicitações de transferência}}{N \text{ de atendimentos}} \times 100$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 14/32


4.1.21. Tempo para definição de conduta (tomada de decisão)

INDICADOR	
TEMPO PARA DEFINIÇÃO DE CONDUTA (TOMADA DE DECISÃO)	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Mostra o tempo médio para tomada de decisão no processo de atendimento em uma UPA.
METODOLOGIA	Tem como numerador a soma do tempo de atendimento (chegada até a saída), no mês. E como denominador o número de saídas (alta hospitalar, transferência e óbito). Determinar a eficácia do serviço de saúde realizado na UPA. Quanto menor, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Hora e Minuto
CÁLCULO	
$\frac{\sum \text{Tempo de permanência dos atendimentos}}{N \text{ de saídas}} \times 100$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.2. UNIDADE HOSPITALARES

4.2.1. Taxa de infecção hospitalar geral


INDICADOR	
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR GERAL	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e o número de saídas do período.
METODOLOGIA	O indicador é calculado em forma de percentual, através do número de pacientes admitidos no mês e que apresentaram infecção relacionada à assistência à saúde em até 90 dias (infecções de sítio cirúrgico, respiratórias, trato urinário, corrente sanguínea, entre outras).
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Infecções adquiridas após 72 horas da admissão do paciente na unidade hospitalar que se manifesta durante sua internação ou após alta até 90 dias.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Pacientes que não apresentaram Infecção Hospitalar no período ou que já tenham sido inclusos em análise anterior
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 15/32

$\frac{N \text{ de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Total de saídas}} \times 100$	
META	Parametrizar de acordo com as metas do SCIH
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Prontuário Eletrônico e Censo diário de unidades
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	SCIH
REFERÊNCIA	1. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il. 2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01 da Protocolo de Prevenção de Quedas. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em 3. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. Rev. Observatório. 7 ed. ANAHP.

4.2.2. Taxa de prevenção de queda

INDICADOR	
TAXA DE PREVENÇÃO DE QUEDA	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	É a taxa de prevenção de queda entre os pacientes em processo de atendimento.
METODOLOGIA	Relação entre o número de episódios de quedas em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de queda no período, multiplicado por 100.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Qualquer tipo de queda, sendo ela de própria altura da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.) incluindo vaso sanitário.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Indivíduo que não está em atendimento.
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\left[1 - \left(\frac{N \text{ de episódios de quedas}}{N \text{ de Paciente Dia}} \right) \right] \times 100$	
META	100%
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Registro em prontuário eletrônico e censo diário localizado nas unidades.
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe de Enfermagem
REFERÊNCIA	1. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il. 2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01 da Protocolo de Prevenção de Quedas. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em 3. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. Rev. Observatório. 7 ed. ANAHP.


	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 16/32

4.2.3. Taxa de prevenção de lesão por pressão

INDICADOR	
TAXA DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO - LPP	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera por pressão em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir úlcera por pressão no período, multiplicado por 100.
METODOLOGIA	Relação entre o número de casos novos de pacientes com lesão por pressão em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir lesão por pressão no período, multiplicado por 1000.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Todo paciente que apresentar lesão por pressão após sua admissão na unidade.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Todo paciente que não apresentar lesão por pressão ou todo paciente que for admitido na unidade já com lesão por pressão.
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\left[1 - \left(\frac{N \text{ de novos casos de LPP}}{N \text{ de pacientes expostos ao risco de LPP}} \right) \right] \times 100$	
META	100%
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local (Documento de Prontuário)
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe de Enfermagem
REFERÊNCIA	1. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il.

4.2.4. Taxa de mortalidade por ALAS


INDICADOR	
TAXA DE MORTALIDADE POR ALAS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	A taxa de mortalidade avalia os óbitos após as primeiras 24 horas de internação em uma determinada unidade sobre o total de saídas (alta hospitalar, transferência externa, transferência interna, evasão e óbito) desta mesma unidade em um período.
METODOLOGIA	Número de óbitos após 24 horas de internação, dividido pelo total de saídas X 100.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	O número total contabilizando de alta hospitalar, transferência externa, transferência interna, evasão e óbito
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de óbitos após 24 horas de internação em determinada unidade}}{\text{Total de saídas}} \times 100$	

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 17/32

META	Parametrizar metas
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	-
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe de Enfermagem
REFERÊNCIA	-

4.2.5. Taxa de ocupação geral e por ALAS

INDICADOR	
TAXA DE OCUPAÇÃO	
TIPO DE INDICADOR	(x) Estrutura () Processo () Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período.
METODOLOGIA	Número de pacientes dia sobre número de leitos dia multiplicado por 100.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Não considerar: Recuperação pós anestésica ou pós operatória, berços de recém nascidos saudáveis, leitos de pré parto e bloqueado por motivos transitórios (manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{\sum \text{Paciente/dia}}{\sum \text{Leitos/dia}} \times 100$	
META	Parametrizar de acordo com as métricas contratuais.
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Prontuário Eletrônico
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa, Enfermagem e Gestão de leitos
REFERÊNCIA	1. CQH. 3º Caderno de Indicadores CQH. Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. São Paulo.2009. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/3%20caderno%20de%baixa-res.pdf . Acesso em: 20/05/2021 2. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar.2 ed. Brasília: Ministério da Saúde.2002.32p.(Série A. Normas e Manuais Técnicos.)


	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 18/32

4.2.6. Giro leito

INDICADOR	
GIRO LEITO	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Representa a utilização dos leitos operacionais durante o período. É a relação entre o número de saídas (altas, transferências externas e óbitos) durante determinado período, no hospital, e o número de leitos à disposição dos pacientes, no mesmo período.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) no mês. E como denominador o número de leitos operacionais. É um indicador de produtividade hospitalar. Mede o quanto se consegue internar em cada leito em determinado período. Quanto maior, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Leitos de observação, H. Day, leitos pré-parto, leitos de recuperação anestésica, os leitos de berçário para recém-nascidos saudáveis, leitos com status de interditado ou manutenção, as camas destinadas a acompanhantes e funcionários do hospital e os leitos de serviços diagnósticos.
UNIDADE DE MEDIDA	Índice (Decimal)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de Saídas Hospitalares}}{N \text{ de leitos Operacionais}} \times 1$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.2.7. Intervalo de substituição


INDICADOR	
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Mostra o tempo médio em que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro.
METODOLOGIA	Tem como numerador a Taxa de desocupação (TD) multiplicado pela Média de Permanência (MP) do mês. E como denominador a Taxa de ocupação (TO) hospitalar ou operacional. Relacionar a taxa de ocupação com a média de permanência. Avaliar a eficiência dos trabalhadores da Unidade de Produção e o Hospital. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação do processo de trabalho dos colaboradores da Unidade de Produção. Quanto menor, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Índice (Decimal)

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 19/32

CÁLCULO	
$\frac{\text{Taxa de desocupação} * \text{Média de permanência}}{\text{Taxa de ocupação}} \times 1$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.2.8. Taxa de evasão

INDICADOR	
TAXA DE EVASÃO	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o total de altas por evasão e o total de altas.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de altas por evasão, no mês. E como denominador o número de saídas (alta hospitalar, transferência e óbito). Determinar a eficácia do serviço de saúde realizado na UPA. Quanto menor, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de Altas Por Evasão}}{N \text{ de Saídas}} \times 100$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-


	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 20/32

4.2.9. Taxa de reinternação em UTI em até 24 horas

INDICADOR	
TAXA DE REINTERNAÇÃO EM UNIDADE FECHADA EM ATÉ 24 HORAS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Avalia a relação em (%) das reinternações em UTI não programadas.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de reingressos na UTI em até 24 horas durante a mesma internação. E como denominador o número de internações na UTI. Determinar a eficácia dos serviços de saúde realizados na Unidade Hospitalar e seu impacto em prevenir a readmissão do paciente na UTI após a alta (transferência) da Unidade de Terapia Intensiva. Quanto menor, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Pacientes que retornaram a UTI (incluindo aqueles considerados paliativos) após terem evoluído de alta para unidade de menor complexidade (UI e SEMI) em um período menor ou igual a 24 horas, no mesmo atendimento.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	- Pacientes que retornaram para UTI em um período maior que 24 horas. - Pacientes com transferências internas entre UTI's. - Pacientes que tiveram alta hospitalar e retornaram para UTI em menos de 24 horas.
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
	$\frac{N \text{ de retorno em até 24 horas}}{N \text{ de internações na UTI}} \times 100$
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.2.10. Taxa de reinternação em até 30 dias

INDICADOR	
TAXA DE REINTERNAÇÃO EM ATÉ 30 DIAS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Avalia a relação em (%) das reinternações não programadas.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de reingressos em até 30 dias. E como denominador o número de internações. Determinar a eficácia dos serviços de saúde realizados na Unidade Hospitalar e seu impacto em prevenir a readmissão após a alta. Quanto menor, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Pacientes que retornaram para internação (incluindo aqueles considerados paliativos) após terem evoluído de alta para unidade em um período menor ou igual a 30 dias, no mesmo atendimento.

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 21/32


CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	- Pacientes que retornaram para internamento em um período maior que 30 dias.
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de retorno em até 30 dias}}{N \text{ de internações na unidade}} \times 100$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.2.11. Número de cirurgias realizadas

INDICADOR	
NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Mostra o volume de cirurgias realizadas na data prevista.
METODOLOGIA	Número total de cirurgias realizadas em um determinado período.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	
$N \text{ de cirurgias realizadas}$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.2.12. Número de cirurgias canceladas ou suspensas

INDICADOR	
NÚMERO DE CIRURGIAS CANCELADAS E SUSPENSAS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Mostra o volume de cirurgias não realizadas na data prevista.
METODOLOGIA	Número total de cirurgias canceladas e suspensas em um determinado período. Provocar a análise das barreiras do processo cirúrgico.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 22/32


<i>N de cirurgias canceladas ou suspensas</i>	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.2.13. CID'S mais prevalentes (perfil epidemiológico)

INDICADOR	
CID'S MAIS PREVALENTES (PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CID 20+)	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Mostra a curva A dos CID's mais prevalentes do serviço.
METODOLOGIA	Volume total de atendimento separado por CID/ Grupo de CID, concentrado nos 20 CID's com maior volume.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	
<i>N de atendimentos por CID/ grupo CID</i>	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.2.14. Número de exames realizados (SADT)

INDICADOR	
NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS (SADT)	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Número absoluto de exames realizados.
METODOLOGIA	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Todos os exames contemplados como SADT realizados na unidade em determinado período
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	
<i>N absoluto de exames realizados na unidade</i>	
META	Parametrizar conforme métricas contratuais.
PERIODICIDADE	Mensal

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 23/32


FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.2.15. Número de recoletas (SADT)

INDICADOR	
NÚMERO DE RECOLETAS DE EXAMES LABORATORIAIS (SADT)	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Número absoluto de exames laboratoriais que foram recoletados.
METODOLOGIA	-
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Devem ser contabilizados todas as recoletas independentemente do motivo.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	
<i>Número absoluto de exames recoletados</i>	
META	Parametrizar de acordo com as metas contratuais
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.2.16. Média de permanência

INDICADOR	
MÉDIA DE PERMANÊNCIA	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura () Processo (x) Resultado
DIMENSÃO	(x) Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Representa o número médio em dias em que os pacientes ficam internados no hospital.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de pacientes dia, somatória do total de pacientes-dia do hospital no mês. E como denominador o número de saídas hospitalares: somatória das altas, transferências externas e óbitos do hospital no mês. Auxiliar na gestão eficiente do leito, bem como auxiliar as boas práticas clínicas para reduzir a exposição do paciente ao risco de infecção hospitalar. Evidenciar se esses pacientes sofrem mais complicações e normalmente necessitam ficar mais dias em atendimento hospitalar. Quanto menor, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	- Utilizar o senso as 00:00 hora de cada dia. Volume de Pacientes que estão pernando no hospital a cada dia. Definição preconizada pela portaria nº312/2002 do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde,2002). - Pacientes internados no hospital.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	
UNIDADE DE MEDIDA	Índice (Decimal)
CÁLCULO	

 <small>Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde</small>	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 24/32

$\frac{N \text{ de Pac/Dia}}{N \text{ de Saídas}} \times 1$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-


4.3. UNIDADE HOSPITALARES

4.3.1. Número de atendimentos geral

INDICADOR	
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Número absoluto de atendimentos realizados pela unidade.
METODOLOGIA	Número total de atendimentos da unidade
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Todo paciente atendido na unidade.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	
$N \text{ de atendimentos da unidade}$	
META	Parametrizar de acordo com as métricas contratuais.
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Sistema de prontuário eletrônico
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) Manual de indicadores de enfermagem NAGEH / Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). - 2.ed. São Paulo : APM/CREMESP, 2012. 60p.

4.3.2. Número de atendimentos por especialidade médica

INDICADOR	
NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR ESPECIALIDADE	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Número absoluto de atendimentos realizados pela unidade de acordo com as especialidades ofertadas.
METODOLOGIA	Número total de atendimentos por especialidades
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Todos os pacientes atendidos por especialistas nas unidades (clínica médica, ortopedia, cirurgia geral, etc...)
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 25/32


<i>N de atendimentos por especialidades</i>	
META	Parametrizar com as metas contratuais.
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Prontuário eletrônico
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe Administrativa
REFERÊNCIA	-

4.3.3. Número de procedimentos ambulatorial

INDICADOR	
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAL	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Número absoluto de procedimentos ambulatorial de acordo com as especialidades ofertadas.
METODOLOGIA	Número total de procedimentos ambulatorial.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Todos os pacientes atendidos por especialistas nas unidades (clínica médica, ortopedia, cirurgia geral, etc...)
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	
<i>N de procedimentos realizados no ambulatorio</i>	
META	Parametrizar com as metas contratuais.
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Prontuário eletrônico
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe Administrativa
REFERÊNCIA	-

4.3.4. Procedimentos 10 +


INDICADOR	
PROCEDIMENTOS MAIS PREVALENTES (10+)	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Mostra os procedimentos mais prevalentes do serviço.
METODOLOGIA	Volume total de procedimentos separado por Procedimentos, concentrado nos 20 procedimentos com maior volume. Identificar o perfil clínico dos pacientes que acessam o serviço.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Número Inteiro
CÁLCULO	

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 26/32

<i>N de procedimentos realizados no ambulatório</i>	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.3.5. Taxa de realização da agenda ambulatorial

INDICADOR	
TAXA DE REALIZAÇÃO DA AGENDA AMBULATORIAL	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Avalia o percentual de preenchimento da agenda ambulatorial. Está relacionado a utilização e gestão de consultórios do ambulatório.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de agendas realizada (consulta realizada + encaixe) no serviço. E como denominador o número de agendas disponíveis e ofertada para o serviço. Ajudar na gestão eficiente do recurso, a fim de aumentar a oferta de serviços de acordo com o perfil operacional do ambulatório. Quanto maior, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Apenas especialidades médicas
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de consultas realizadas}}{N \text{ de agenda ofertada}} \times 100$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-


	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 27/32

4.3.6. Taxa de realização da agenda de exames (SADT)

INDICADOR	
TAXA DE REALIZAÇÃO DA AGENDA DE EXAMES (SADT)	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Avalia o percentual de preenchimento da agenda de exames. Está relacionado a utilização e gestão das salas de exames/procedimentos do ambulatório.
METODOLOGIA	Tem como numerador o número de agendas realizada (exame realizado + encaixe) no serviço. E como denominador o número de agendas disponíveis e ofertada para o serviço. Ajudar na gestão eficiente do recurso, a fim de aumentar a oferta de serviços de acordo com o perfil operacional do ambulatório. Quanto maior, melhor.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Apenas especialidades médicas
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de exames realizados}}{N \text{ de agenda ofertada}} \times 100$	
META	A validar
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe administrativa
REFERÊNCIA	-

4.3.7. Perda primária em consulta médica


INDICADOR	
PERDA PRIMÁRIA EM CONSULTA MÉDICA	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o número de vagas em consultas não utilizadas e o número total de vagas em consultas ofertadas em determinado local, período e/ou especialidade.
METODOLOGIA	Número de vagas em consulta ofertadas não utilizadas sobre número total de vagas em consultas ofertadas multiplicado por 100.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Vagas com status “livre” e “ocupada”
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ de vagas em consultas livres}}{N \text{ de vagas em consultas ofertadas}} \times 100$	
META	≤ 5%
PERIODICIDADE	Mensal

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 28/32

FONTE	Sistema Siga Saúde/ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe NIP
REFERÊNCIA	<p>1. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/ Hospital Dia Da Rede Hora Certa. Vol. 01 – 1ª edição 2016. PREFEITURA DE SÃO PAULO Disponível em: Hhttps://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/diretrizesdaatencao especializada.pdf Acesso em: 12/05/2020</p> <p>2. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. BI-Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo Disponível em: https://biprodam.saude.prefeitura.sp.gov.br/sites/siga/Relatrio/CEInfo/outros/BI_SIGA_orienta%C3%A7%B%es_fichas%20t%C3%A9cnicas_relatorios_20200609.pdf Acesso 12/05/2020.</p>

4.3.8. Perda primária em SADT

INDICADOR	
PERDA PRIMÁRIA EM SADT	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o número de vagas de SADT não utilizadas e o número total de vagas de SADT ofertadas em determinado local, período e/ou especialidade.
METODOLOGIA	Número de vagas de SADT ofertadas não utilizadas sobre número total de vagas em consultas ofertadas multiplicado por 100.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Vagas com status “livre” e “ocupada”
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
	$\frac{N \text{ de vagas de SADT livres}}{N \text{ de vagas de SADT ofertadas}} \times 100$
META	≤ 5%
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Sistema Siga Saúde/ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe NIP
REFERÊNCIA	<p>1. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/ Hospital Dia Da Rede Hora Certa. Vol. 01 – 1ª edição 2016. PREFEITURA DE SÃO PAULO Disponível em: Hhttps://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/diretrizesdaatencao especializada.pdf Acesso em: 12/05/2020</p> <p>2. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. BI-Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo Disponível em: https://biprodam.saude.prefeitura.sp.gov.br/sites/siga/Relatrio/CEInfo/outros/BI_SIGA_orienta%C3%A7%B%es_fichas%20t%C3%A9cnicas_relatorios_20200609.pdf Acesso 12/05/2020.</p>


	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 29/32

4.3.9. Perda secundária (absenteísmo) em consultas médicas

INDICADOR	
PERDA SECUNDÁRIA (ABSENTEÍSMO) EM CONSULTAS MÉDICAS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o número de vagas em consultas com o status “ não atendido ” e “ agendado ” e o número total de vagas em consulta ofertadas (status: “ atendido ”, “ presente ”, “ não atendido ” e “ agendado ”) em determinado local, período e/ou especialidade.
METODOLOGIA	Número de vagas em consultas com o status “não atendido” e “agendado” sobre número total de vagas em consulta ofertadas multiplicado por 100.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ vagas com o Status "n\~{o} atendido"} + N \text{ vagas com o Status "agendado"}}{N \text{ de vagas ofertadas}} \times 100$	
META	≤ 20%
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Sistema Siga Saúde/ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe NIP
REFERÊNCIA	<p>1. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/ Hospital Dia Da Rede Hora Certa. Vol. 01 – 1ª edição 2016. PREFEITURA DE SÃO PAULO Disponível em: Hhttps://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/diretrizesdaatencao especializada.pdf Acesso em: 12/05/2020</p> <p>2. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. BI-Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo Disponível em: https://biprodam.saude.prefeitura.sp.gov.br/sites/siga/Relatrio/CEInfo/outros/BI_SIGA_orienta%C3%A7%C3%A9s_fichas%20t%C3%A9cnicas_relatorios_20200609.pdf Acesso 12/05/2020.</p>

4.3.10. Perda secundário (absenteísmo) em SADT

INDICADOR	
PERDA SECUNDÁRIA (ABSENTEÍSMO) EM SADT	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Relação percentual entre o número de vagas de SADT com o status “ não atendido ” e “ agendado ” e o número total de vagas em consulta ofertadas (status: “ atendido ”, “ presente ”, “ não atendido ” e “ agendado ”) em determinado local, período e/ou especialidade.
METODOLOGIA	Número de vagas de SADT com o status “não atendido” e “agendado” sobre número total de vagas em consulta ofertadas multiplicado por 100.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 30/32

UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ vagas com o Status "não atendido"} + N \text{ vagas com o Status "agendado"}}{N \text{ de vagas ofertadas}} \times 100$	
META	≤ 20%
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Sistema Siga Saúde/ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe NIP
REFERÊNCIA	<p>1. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/ Hospital Dia Da Rede Hora Certa. Vol. 01 – 1ª edição 2016. PREFEITURA DE SÃO PAULO Disponível em: Hhttps://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/diretrizesdaatencaoesspecializada.pdf Acesso em: 12/05/2020</p> <p>2. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. BI-Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo Disponível em: https://biprodam.saude.prefeitura.sp.gov.br/sites/siga/Relatrio/CEInfo/outros/BI_SIGA_orienta%C3%A7%C3%A9s_fichas%20t%C3%A9cnicas_relatorios_20200609.pdf Acesso 12/05/2020.</p>

4.3.11. Porcentual de consultas médicas de 1ª vez ofertadas

INDICADOR	
PORCENTUAL DE CONSULTAS MÉDICAS DE 1ª VEZ OFERTADAS	
TIPO DE INDICADOR	() Estrutura (x) Processo () Resultado
DIMENSÃO	() Qualidade Técnica () Qualidade Percebida
DESCRIÇÃO	Porcentual de novas consultas em relação ao total de consultas disponibilizadas (1ª vez e retorno).
METODOLOGIA	Número total de novas consultas em relação ao total de consultas disponibilizadas (1ª vez e retorno).
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	-
UNIDADE DE MEDIDA	Taxa (%)
CÁLCULO	
$\frac{N \text{ total de consultas } 1^{\text{a}} \text{ vez}}{N \text{ total de consultas } (1^{\text{a}} \text{ vez} + \text{retorno})} \times 100$	
META	-
PERIODICIDADE	Mensal
FONTE	Sistema Siga Saúde/ERP Local
RESPONSÁVEL PELA COLETA/ ANÁLISE	Equipe NIP
REFERÊNCIA	<p>1. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/ Hospital Dia Da Rede Hora Certa. Vol. 01 – 1ª edição 2016. PREFEITURA DE SÃO PAULO Disponível em: Hhttps://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/diretrizesdaatencaoesspecializada.pdf Acesso em: 12/05/2020</p>

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 31/32

	<p>2. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. BI-Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo Disponível em: https://biprodam.saude.prefeitura.sp.gov.br/sites/siga/Relatrio/CEInfo/outros/BI_SIGA_orienta%C3%A7%C3%A9s_fichas%20t%C3%A9cnicas_relatorios_20200609.pdf Acesso 12/05/2020.</p>
--	---

5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES/REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais, Tempo de espera na urgência e emergência. 2012. Acesso em: 15.05.2021. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-02.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANS. BRASIL. Acolhimento e classificação de risco. v1 01. nov. 2012. Acesso em maio. 2021.

Brasil. 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> Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Resolução Nº 07, 24/02/2010. Brasília, 2010.

CQH. 3º Caderno de Indicadores CQH. Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. São Paulo. 2009. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/3%20caderno%20de%baixa-res.pdf>. Acesso em: 20/05/2021


Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 32 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57 p.: il.

Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) Manual de indicadores de enfermagem NAGEH / Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). - 2.ed. São Paulo: APM/CREMESP, 2012. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA - FIOCRUZ. Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013: Anexo 01 da Protocolo de Prevenção de Quedas. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em 3. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. Rev. Observatório. 7 ed. ANAHP.

	MANUAL		
	NORTEADOR DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	CÓDIGO: MN.QAS.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 32/32

Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/ Hospital Dia Da Rede Hora Certa. Vol. 01 – 1ª edição 2016. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Disponível em: [Hhttps://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/diretrizesdaatencaoespzializada.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/diretrizesdaatencaoespzializada.pdf) Acesso em: 12/05/2020.

Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. BI-Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo Disponível em: https://biprodam.saude.prefeitura.sp.gov.br/sites/siga/Relatrio/CEInfo/outros/BI_SIGA_orienta%C3%A7%C3%A9es_fichas%20t%C3%A9cnicas_relatorios_20200609.pdf Acesso 12/05/2020.

6. CONTROLE DE REGISTRO

Não se aplica.

7. HISTÓRICO DE ALTERAÇÕES

Revisão	Elaborado/revisado por	Data	Histórico da revisão	Aprovado por	Data
00	Suélien Silva e Janderson Oliveira	01.06.2021	Elaboração inicial	Dr. Murilo	09.06.2021