

PROGRAMA VALORIZA 4º Ciclo

SET. 2025 – MAR. 2027



Unimed 
Fesp

Palavra do presidente

Prezados,

É com grande entusiasmo que me dirijo a vocês, pilares do Sistema Unimed. Nosso compromisso com a excelência na assistência à saúde é contínuo e, por isso, convido todos a participarem ativamente do novo ciclo do Programa Valoriza.

Acreditamos que a voz de cada um de vocês é fundamental para moldarmos um futuro ainda mais promissor para o sistema de saúde. Através deste programa, teremos a oportunidade de compartilhar ideias, experiências e ações que contribuirão para um atendimento cada vez mais humanizado e eficiente.

Sua participação é essencial para que possamos identificar estruturas de excelência, otimizar processos e, consequentemente, garantir uma experiência de saúde ainda mais completa e satisfatória para todos os nossos beneficiários.

Juntos, podemos construir um sistema de saúde ainda mais forte, sólido e preparado para os desafios do futuro.

Conte conosco para transformar a saúde!

Dr. Arnaldo Passafini Neto

Diretor-Presidente

Palavra do diretor

Caros,

Convidamos todos a participarem do Programa Valoriza, um incentivo à melhoria da assistência à saúde aos nossos beneficiários. Este é um momento único para reconhecer o empenho de cada um de vocês em transformar a experiência e a qualidade do cuidado que oferecemos aos nossos pacientes.

A saúde é um campo que exige dedicação, inovação e um constante compromisso com a excelência. O Programa Valoriza é uma oportunidade para destacarmos o trabalho de todos os envolvidos, com o objetivo de aprimorar a assistência e gerar um impacto positivo na vida das pessoas que atendemos.

Sua participação não apenas fortalecerá nosso compromisso com a melhoria contínua, mas também refletirá o esforço coletivo para tornar nosso ambiente ainda mais acolhedor, eficiente e humano.

Juntos, podemos transformar desafios em soluções e elevar o padrão de qualidade no cuidado à saúde. Não deixe de participar! A sua contribuição pode ser o diferencial para alcançarmos grandes resultados.

Dr. Carlos Roberto Nogueira dos Santos
Diretor de Gestão Operacional

Introdução

Objetivo

Valorizar os prestadores e as Singulares que entregarem valor na assistência à saúde dos nossos beneficiários, utilizando métricas pré-estabelecidas.

O que é valor?

“Valor é a qualidade atribuída a quem tem talento, prestígio, competência, virtude, mérito ou merecimento intrínseco”.

Fonte: www.significados.com.br/valor

O que é valor em saúde?

Valor em saúde pode ser definido como: resultados em saúde que importam para os pacientes em relação aos custos para oferecer tais resultados, considerando-se ciclos completos de cuidado.

Esta definição está traduzida na Equação de Valor proposta por Porter & Teisberg (2006):

$$\text{VALOR} = \frac{\text{DESFECHOS}}{\text{CUSTOS}}$$

Sumário

Palavra do presidente.....	1
Palavra do diretor.....	2
Introdução.....	3
1. Unimed Singular	5
2.Hospital	10
3.SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.....	24
4.Segurança para todos – operadoras.....	46
5.Parto adequado	67
6.Orientações e responsabilidades	81
7.Definições.....	84
8.Anexo I.....	92
9.Referências	93

1. Unimed Singular

As Singulares serão analisadas em relação aos indicadores citados nas próximas páginas. Essa análise é uma oportunidade para identificarmos e premiarmos ações inovadoras e de sucesso. A divulgação para o estado e o compartilhamento de conhecimento fortalecerão o Sistema Unimed, demonstrando a preocupação da Singular em prestar uma assistência segura e qualificada, baseada em valor.

1.1 Critérios

O selo será disponibilizado para a Singular que obtiver os indicadores de acordo com os critérios estabelecidos.

Critérios	 Ouro	 Prata	 Bronze
I – Mínimo de % de prestadores classificados como A e B na ferramenta Linkana, no padrão da Política de Qualificação	Acima de 60% = 40 pontos	Entre 40 e 60% = 30 pontos	Abaixo de 40% = 10 pontos
II – Adota modelos de remuneração baseada em valor	30 pontos		
III – Participa do Comitê Estadual de Segurança do Paciente	10 pontos		
IV – Comprova Constituição formal do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) na operadora ou Acreditação na RN 630 (qualquer nível)	40 pontos		
V – Participa do Comitê Estadual de Saúde Baseada em Valor	10 pontos		
VI – % dos Eventos adversos notificados pela Unimed Fesp respondidos em até 60 dias	Acima de 90 até 100% = 40 pontos	Acima de 80 até 90% = 20 pontos	Acima de 70 até 80% = 10 pontos
VII – Distribui à rede prestadora ações educacionais disponibilizadas pela Unimed Fesp	Acima de 90 até 100% = 40 pontos	Acima de 80 até 90% = 20 pontos	Acima de 70 até 80% = 10 pontos
VIII – Apresenta programa de gestão em saúde cadastrado na ANS	20 pontos		
IX – Mínimo de % da rede certificada: própria e terceira (Hospitais e SADT)	Acima de 15% = 40 pontos	Acima de 10% até 15% = 30 pontos	Acima de 5% até 10% = 10 pontos

1.2 Premiação

Selo por categoria + prêmio:
Curso em Experiência do Cliente

Ouro = **220–270 pontos**
Prata = **160–210 pontos**
Bronze = **100–150 pontos**

1.3 Descrição de critérios

I. Mínimo de % de prestadores classificados como A e B na ferramenta Linkana, no padrão da Política de Qualificação.

A Unimed enviará 5 prestadores assistenciais por mês – à sua escolha, preferencialmente pessoas jurídicas (PJ).

- a) Se a Unimed utiliza a Linkana para gestão de sua rede prestadora, informará em planilha indicada pela Fesp, dentro do SharePoint, o nome e CNPJ do prestador escolhido, mensalmente, até o 5º dia útil do mês.
- b) Se a Unimed não utiliza a Linkana para gestão de sua rede, informará na planilha do SharePoint, o nome, CNPJ e a categoria* do prestador escolhido, até o 5º dia útil do mês. Estes prestadores serão lançados na ferramenta

Linkana da Fesp e a Singular alimentará a ferramenta com os documentos necessários. A equipe do Escritório de Valor em Saúde (EVS) da Fesp realizará o aceite ou não dos documentos via ferramenta Linkana. As categorias dos prestadores podem ser:

- Demais estabelecimentos: estruturas que realizam procedimentos invasivos ou grandes estruturas assistenciais (ex: hospitais, centros de SADT, ambulatórios, centros de fisioterapia, centros de acupuntura etc);
- Clínicas terapias especiais (ABA, Denver, etc);
- Hemodinâmica;



- Assistência domiciliar;
- Laboratório;
- Consultório isolado;
- PJ em serviços próprios.

O cálculo da porcentagem será realizado ao final do ciclo com extração de relatório da própria Linkana e uso de Power BI.

A Linkana® classifica os prestadores/fornecedores conforme risco abaixo (considerando documentos e análise de informações):

Classificação de Risco	Score de Risco
A – Muito baixo	100 pontos
B – Baixo	81-99 pontos
C – Médio	41-80 pontos
D – Alto	1-40 pontos
E – Muito alto	0 pontos

Serão realizadas análises parciais trimestralmente.

II. Adota modelos de remuneração baseada em valor – RBV

Comprovação formal de adoção de modelos de remuneração baseada em valor com a rede assistencial ou internamente em seus recursos próprios. A comprovação formal

será evidenciada por cláusulas em contrato e/ou política implantada e/ou Manual do prestador de serviços, desde que evidenciada claramente. Nos casos em que a Singular tenha interesse e/ou não apresente modelos de remuneração baseada em valor, a Unimed Fesp poderá fechar acordo operacional com a Singular para que sejam implantados modelos RBV no atendimento aos beneficiários da Unimed Fesp. A implantação do modelo deve ocorrer até julho de 2026. A data será verificada na evidência formal apresentada (Referência para Modelos de Remuneração baseados em Valor: guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf).

III. Participa do Comitê Estadual de Segurança do Paciente

A Unimed deve ser membro e esta informação será fornecida pelo Comitê Estadual de Segurança do Paciente (COESP).

IV. Comprova Constituição formal do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) na operadora ou Acreditação na RN 630 (qualquer nível)

Para evidenciar este critério, será solicitado envio de documentação formal de constituição, com um mínimo de 4 meses de constituição antes do final do Programa Valoriza. Nos casos que não conste o nome “Núcleo de Segurança do Paciente”, será analisado se o grupo/comitê/núcleo cons-



tituído tem em sua descrição as práticas previstas quanto à segurança do paciente. A evidência deve ser apresentada com documento formal, com assinatura dos envolvidos e da alta liderança. A Acreditação na RN 630 será verificada por envio de documento comprobatório e a evidência será aceita após confirmação no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

V. Participa do Comitê Estadual de Saúde Baseada em Valor

A Unimed deve ser membro e esta informação será fornecida pelo Comitê Estadual de Saúde Baseada em Valor (COESBV).

VI. % dos Eventos adversos notificados pela Unimed Fesp respondidos em até 60 dias

As informações deste critério serão fornecidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente da Fesp. Para ser considerada, a resposta ao evento adverso deve estar completa, conforme padrão solicitado pelo Núcleo de Segurança do Paciente da Fesp.

VII. Distribui à rede prestadora ações educacionais disponibilizadas pela Unimed Fesp

Estas ações têm controle de acesso. Dessa forma, a

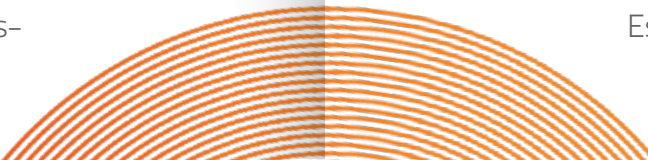
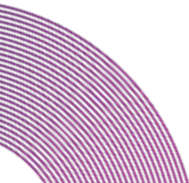
Unimed Fesp pode verificar os profissionais que as procuram. Para atender a esse critério, deve ficar claro para a Unimed Fesp que a Singular compartilhou e se empenhou na divulgação da ação com seus recursos próprios e rede prestadora, sendo utilizados como evidências os acessos cadastrados. Será considerado o cálculo: nº de ações realizadas x nº de ações com participantes da Unimed (prestadores/operadora/recursos próprios).

VIII. Apresenta Programa de gestão em saúde cadastrado na ANS

A Singular deverá apresentar documentação que comprove sua participação em programas de gestão em Saúde citados em www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude.

IX. Mínimo de % da rede certificada: própria e terceira (Hospitais e SADT)

Este critério será analisado conforme informações lançadas no PTU A400 e compiladas em nosso BI Simulador de rede, conforme colunas específicas de Prestador Acreditado, Instituições Acreditadoras e Nível de Acreditação. Será somada a porcentagem de prestadores acreditados informada no PTU A400, nas categorias Hospital e SADT. O dado será analisado com base nas informações disponibilizadas até 28/02/2026. Observação: não será considerada a utilização nas estruturas.



2. Hospital

A análise da assistência prestada em hospitais próprios ou na rede credenciada reflete a preocupação em atender os beneficiários de forma qualificada e segura. Diante de clientes cada vez mais exigentes e participativos, a iniciativa de divulgar a excelência auxilia na escolha deles por uma assistência de valor e recompensa os bons resultados.

2.1. Critérios

O selo será disponibilizado para o hospital, recurso próprio ou prestador após aval da Singular.



Critérios	 Ouro	 Prata	 Bronze
I – Indicadores de Segurança do Paciente – % dentro dos critérios estabelecidos	Acima de 90% = 30 pontos	Entre 70 e 80% = 20 pontos	Abaixo de 70% = 10 pontos
II – Disponibilização de protocolos clínicos adequados (conforme AGREE)	3 protocolos = 30 pontos	2 protocolos = 20 pontos	1 protocolo = 10 pontos
III – Constituição formal de Comissão de revisão de óbitos	20 pontos		
IV – Constituição formal de Comissão de verificação de prontuários	20 pontos		
V – Uso de prontuário eletrônico	50 pontos		
VI – % dos eventos adversos notificados pela Unimed Fesp, respondidos em até 60 dias	100% = 30 pontos	Entre 80 e 99% = 20 pontos	Abaixo de 80% = 10 pontos
VII – Comprovação de registro no Notivisa	100% = 30 pontos	Entre 80 e 99% = 20 pontos	Abaixo de 80% = 10 pontos
VIII – Disponibilização de documentos completos na Linkana – necessária classificação A ou B	30 pontos		
IX – Participação nas ações educacionais disponibilizadas pela Unimed Fesp	100% = 30 pontos	Entre 80 e 99% = 20 pontos	Abaixo de 80% = 10 pontos
X – Adota modelos de remuneração baseada em valor	20 pontos		

2.2.Premiação

Ouro = **250 – 290 pontos. Selo + R\$5 mil**
Prata = **200 – 240 pontos. Selo + R\$2,5 mil**
Bronze = **150 – 190 pontos. Selo + R\$1.250 mil**

2.3. Descrição de critérios

I. Indicadores de Segurança do Paciente – % dentro dos critérios estabelecidos

Compartilhamento de indicadores de qualidade e segurança do paciente, com metas definidas pela instituição inscrita no programa e validadas pela Unimed Fesp, com base em referências nacionais e internacionais, minimamente:

a) Taxa de quedas em pacientes hospitalizados



Nome do indicador	Taxa de quedas em pacientes hospitalizados
Conceito	Avalia a frequência de quedas de pacientes internados em serviços hospitalares, como indicador de segurança assistencial e monitoramento da adesão às práticas de prevenção.
Fórmula de cálculo	(Número de quedas registradas / Número total de pacientes-dia) x 1.000.
Numerador	Número total de quedas registradas em pacientes internados durante o período avaliado.
Denominador	Número total de pacientes-dia no período avaliado.
Definição dos termos	• Queda: evento em que o paciente desce ao nível inferior de maneira não intencional, com ou sem dano, incluindo quedas amparadas. • Pacientes-dia: soma do número de pacientes internados por dia em um hospital durante o período avaliado.
Interpretação	Taxas mais baixas indicam maior segurança assistencial e efetividade nas estratégias de prevenção.
Parâmetros	As melhores práticas indicam uma meta de menos de 2 quedas por 1.000 pacientes-dia, dependendo do perfil de risco da população atendida.
Limitações e vieses	• Subnotificação: dados podem ser subestimados por falta de registro adequado ou desconhecimento. • Heterogeneidade de critérios: diferenças na coleta e definição de quedas entre instituições podem comprometer a comparabilidade.
Bibliografia	Observatório Anahp 2024. Critérios diagnósticos de IRAS. Anvisa. Manual de indicadores SINHA, junho 2023. INTO: Relatórios de quedas e prevenção. Disponível em: INTO Saúde.

b) Incidência de lesão por pressão adquirida no hospital em pacientes adultos (18 anos ou mais)

Nome do indicador	Incidência de lesão por pressão adquirida no hospital em pacientes adultos (18 anos ou mais) (‰)
Conceito	O indicador de incidência de lesão por pressão adquirida no hospital mede a proporção de pacientes adultos que desenvolveram lesão por pressão durante a internação, por mil pacientes internados (‰). Ele reflete diretamente a qualidade do cuidado oferecido, uma vez que as lesões por pressão são evitáveis em grande parte por meio de práticas adequadas de prevenção e tratamento.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{(Total de lesão por pressão em pacientes adultos)}}{\text{(total de pacientes-dia do hospital no mês)}} \times 1.000$
Numerador	Número total de pacientes adultos com lesão por pressão (úlceras por pressão) novas adquiridas na instituição.
Denominador	Número de pacientes-dia adultos, somatória do total de pacientes-dia do hospital no mês.
Definição dos termos	Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição. Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico: essa terminologia descreve a etiologia da lesão. Tal lesão resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo.

Nome do indicador	Incidência de lesão por pressão adquirida no hospital em pacientes adultos (18 anos ou mais) (‰)
Definição dos termos	Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão. Lesão por pressão em membranas mucosas: é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas. Lesão por pressão estágio I: pele íntegra com eritema que não embranquece, mesmo após o alívio da pressão. Lesão por pressão estágio II: perda parcial da espessura dérmica e exposição superficial (leito da ferida visível). Lesão por pressão estágio III: perda da espessura total da pele (gordura visível). Não possui exposição de músculo, cartilagem ou osso (Never event). Lesão por pressão estágio IV: perda da espessura total da pele e tissular. Possui exposição de músculo, cartilagem ou osso (Never event).
Interpretação	O uso desse indicador permite que as instituições monitorem periodicamente este desfecho, promovendo análises críticas dos processos institucionais. Ele auxilia na identificação de lacunas em cuidados preventivos, contribuindo para a implementação de estratégias baseadas em evidências, como intervenções de enfermagem, avaliação de risco sistemática e uso de dispositivos de alívio de pressão. Alta incidência de casos pode sugerir falhas nos processos preventivos, como avaliações insuficientes de risco, indisponibilidade de recursos ou baixa adesão às melhores práticas. Baixa incidência pode refletir boas práticas de prevenção, mas também pode ser um indicativo de subnotificação ou documentação inadequada. A análise deve considerar o perfil dos pacientes atendidos, incluindo fatores de risco individuais, como comorbidades, mobilidade reduzida, idade avançada e estado nutricional.
Parâmetros	Dados de Incidência no Brasil entre os hospitais da Anahp, de 2020 a 2023: 2020: 1,68 ‰ 2021: 1,76‰ 2022: 1,44‰ 2023: 1,33‰

Nome do indicador	Incidência de lesão por pressão adquirida no hospital em pacientes adultos (18 anos ou mais) (%)
Parâmetros	A incidência de lesões por pressão (LP) adquiridas em hospitais brasileiros varia conforme o perfil dos pacientes e o tipo de unidade de internação. Estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo identificou uma incidência de úlceras por pressão de 39,8% entre 211 pacientes considerados de risco. De acordo com dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de janeiro a dezembro de 2023 foram notificados 64.433 casos de úlcera por pressão no Brasil, dado que reforça a importância do acompanhamento de tais indicadores para atuação preventiva.
Limitações e vieses	Critérios de exclusão: lesões não classificáveis; lesões com curativos ou sob dispositivos, que não podem ser removidos no momento da inspeção da pele e lesões cujo estágio não está documentado no prontuário do paciente. Feridas não causadas por pressão, como: dermatite associada à incontinência, úlceras arteriais, venosas, diabéticas, skin tear e queimaduras. Populações com maior gravidade clínica (exemplo: pacientes críticos, idosos, acamados) podem apresentar maior risco inerente. Diferenças na definição de lesões por pressão adquiridas no hospital, bem como na capacitação das equipes para avaliação, podem afetar a comparabilidade dos dados. Disponibilidade de recursos, protocolos institucionais e treinamentos em prevenção podem influenciar a ocorrência de lesões.
Bibliografia	https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024 Manual de indicadores SINHA junho 2023 https://www.scielo.br/j/rlae/a/8n44LBqwnWswH5wq5Yzgnx/?lang=pt&utm_source=NOTA_TECNICA_GVIMS/GGTES/Anvisa_05/2023 Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: prevenção de lesão por pressão

c) Taxa de infecção do sítio cirúrgico pós-cirurgia limpa

Nome do indicador	Taxa de infecção do sítio cirúrgico pós-cirurgia limpa
Conceito	A Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas é um indicador de qualidade assistencial utilizado para monitorar a ocorrência de infecções pós-operatórias em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos classificados como “limpos”. Esses procedimentos são aqueles em que não há contaminação do campo cirúrgico e não existe inflamação ou infecção no local da cirurgia antes de sua realização.
Fórmula de cálculo	Numerador/denominador x 100.
Numerador	Número de infecções do sítio cirúrgico em cirurgias limpas.
Denominador	Número de cirurgias limpas.
Definição dos termos	Infecção do sítio cirúrgico: são infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos em pacientes internados ou ambulatoriais, sendo classificadas e definidas de acordo com os critérios de sítios específicos, no caso de infecção de órgão ou cavidade, descritos no Manual de critérios diagnósticos de IRAS. Procedimento cirúrgico: ocorre quando há pelo menos uma incisão (incluindo abordagem laparoscópica e orifícios de broca craniana), realizada em um centro cirúrgico (sala de cirurgia, sala de cesariana, ou sala de radiologia intervencionista), feita através da pele, membrana mucosa ou de uma incisão que foi deixada aberta durante um procedimento cirúrgico anterior. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica. As infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado. A classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações: Cirurgias limpas: são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras; cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.

Nome do indicador	Taxa de infecção do sítio cirúrgico pós-cirurgia limpa
Definição dos termos	Cirurgias potencialmente contaminadas: são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório, e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário, sem contaminação significativa. Cirurgias contaminadas: são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Também se incluem nessa categoria casos com inflamação aguda na incisão, cicatrização de segunda intenção, grande contaminação a partir do tubo digestivo, ou presença de obstrução biliar ou urinária. Cirurgias infectadas: são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, na presença de infecção evidente. A apresentação de um sítio cirúrgico com grau de contaminação acima do esperado, por exemplo, contaminado ao invés de limpo, ocorre com pouca frequência, sendo, portanto, estatisticamente difícil para as instituições de saúde calcular taxas confiáveis de infecção, segundo os vários níveis de contaminação e os distintos procedimentos cirúrgicos.(Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616/98).
Interpretação	A Taxa de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) pós-cirurgia limpa é um indicador utilizado para avaliar a qualidade da assistência em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos classificados como limpos. Esses procedimentos têm baixo risco de contaminação, pois não envolvem manipulação de tratos contaminados (respiratório, gastrointestinal, geniturinário ou orofaríngeo). Esse indicador possibilita monitorar a qualidade assistencial, avaliando fatores como técnica cirúrgica, ambiente operatório, processos de esterilização e adesão aos protocolos de segurança do paciente e identificar áreas de melhoria nos processos perioperatórios e pós-operatórios, visando reduzir complicações e melhorar os desfechos clínicos.
Parâmetros	Dados de incidência no Brasil entre os hospitais da Anahp, de 2020 a 2023: 2020: 0,42% 2021: 0,34% 2022: 0,40 % 2023: 0,41%

Nome do indicador	Taxa de infecção do sítio cirúrgico pós-cirurgia limpa
Parâmetros	Os dados de 2023 do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) de São Paulo indicam que os índices aceitáveis de infecção para cirurgias limpas podem variar de 1% a 5%. A mensuração de indicadores relacionados a essas infecções é fundamental para identificar a correlação entre as ações de prevenção, realizadas pela equipe hospitalar e seu impacto na ocorrência de infecções. A Taxa de infecção do sítio cirúrgico pós-cirurgia limpa é um indicador crucial para monitorar a segurança do paciente e a qualidade assistencial. No entanto, deve ser analisada com cautela, a comparação entre instituições deve considerar as diferenças estruturais, o perfil epidemiológico e a capacidade de vigilância de cada uma.
Limitações e vieses	Critérios de inclusão: infecção que ocorre até 30 dias após o procedimento cirúrgico ou até 90 dias, se houver colocação de implante. Observações: 1. Caso a infecção envolva mais de um plano anatômico, contabilizar apenas o sítio de maior profundidade; 2. Considera-se prótese todo corpo estranho implantável não derivado de tecido humano (ex: válvula cardíaca protética, transplante vascular não humano, coração mecânico ou prótese de quadril), exceto drenos cirúrgicos; 3. Data da infecção = data procedimento cirúrgico. Condições de saúde prévias, como comorbidades (diabetes, obesidade, desnutrição) e idade avançada podem aumentar o risco de ISC, independentemente da qualidade assistencial. A falta de padronização no período de vigilância (30 dias para cirurgias sem implantes e até 90 dias para cirurgias com implantes) pode impactar a comparabilidade dos dados.
Bibliografia	https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024;Nota-Tecnica-03_2025_Critérios-diagnósticos-de-IRAS-2025-02.01.2025-FINAL.pdf; Manual de indicadores SINHA junho 2023. https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/consorcio-de-indicadores-de-qualidade-hospitalar

d) Taxa de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)

Nome do indicador	Taxa de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)
Conceito	Avalia a frequência de pneumonia em pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva por mais de 48 horas, como medida de controle de infecções hospitalares e qualidade da assistência.
Fórmula de cálculo	Número de casos de PAV / Número total de dias de ventilação mecânica x 1.000.
Numerador	Número de pacientes que desenvolveram PAV durante o período avaliado.
Denominador	Número total de dias de ventilação mecânica no mesmo período.
Definição dos termos	• Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV): infecção pulmonar que ocorre em pacientes intubados há mais de 48 horas, caracterizada por sinais clínicos e alterações radiológicas. • Dias de ventilação mecânica: soma dos dias em que todos os pacientes permaneceram sob ventilação mecânica invasiva no período avaliado.
Interpretação	Taxas mais baixas refletem a qualidade das práticas preventivas, como higiene das mãos, elevação da cabeceira e higiene oral.
Parâmetros	A meta é reduzir a taxa de PAV para menos de 5 casos por 1.000 dias de ventilação mecânica, conforme diretrizes internacionais e brasileiras.
Limitações e vieses	• Subdiagnóstico: critérios subjetivos para diagnóstico de PAV podem comprometer a precisão dos dados. • Variabilidade: diferenças na adesão aos protocolos de ventilação entre instituições.

Nome do indicador	Taxa de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)
Bibliografia	Observatório Anahp 2024. Critérios diagnósticos de IRAS. Anvisa. Manual de indicadores SINHA, junho 2023. Incidentes relacionados à assistência à saúde – Notivisa 2023. INTO: Relatórios de prevenção de IRAS. Disponível em: INTO Saúde. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-dire3-anvisa-no-01-2025/view

Para o compartilhamento dos indicadores deverá ser utilizada planilha Microsoft Forms, disponibilizada na sua pasta do SharePoint. Esse forms deve ser preenchido mensalmente e alimentará Power BI com os dados de cada indicador. A cada trimestre será realizado print e disponibilizado ao participante no Microsoft SharePoint.

Quando o resultado do indicador estiver fora da meta, o hospital deverá informar análise e plano de ação desenvolvido. Não serão aceitos indicadores em outros formatos. Será analisado:

- Se apresenta os indicadores da lista descrita acima;

- Em caso de resultados fora da meta estabelecida, qual plano de ação foi desenvolvido e implantado.

II. Disponibilização de protocolos clínicos adequados (conforme AGREE)

Critério de análise: quantidade (3) e qualidade (AGREE). Devem ser apresentados, no mínimo, 3 dos protocolos abaixo:

- Protocolo de prevenção de quedas;
- Protocolo de prevenção de úlcera por pressão;
- Protocolo de prevenção a IPCS (Infecção Primária de Corrente Sanguínea);
- Protocolo de antibioticoprofilaxia no pa-

- ciente cirúrgico;
- Protocolo clínico de sepse;
- Protocolo de prevenção de PAV;
- Protocolo de AVC.

Observação: serão analisados quanto à sua base em evidências e adequação à ferramenta Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation, AGREE II (adaptado) – modelo em anexo I. A análise será devolvida ao prestador de forma a existir tempo hábil para ajuste, caso seja enviada em até 3 meses do início do programa.

III. e IV. Constituição formal de Comissão de revisão de óbitos e de Comissão de verificação de prontuários

Para evidenciar estes critérios, será solicitado envio de documentação formal de constituição (como ata, por ex.), com um mínimo de 6 meses de constituição antes da data de término do Programa Valoriza e comprovação formal de atuação das comissões. A evidência deve ser apresentada em documento formal, com assinatura dos envolvidos.

V. Uso de prontuário eletrônico

O hospital comprovará formalmente o uso de prontuário eletrônico, com possibilidade de auditoria da Unimed

Fesp quanto a uso, modelo e disseminação. A evidência a ser apresentada pode ser prints de tela que mostram claramente o prontuário ou contrato com a empresa fornecedora.

VI. % dos eventos adversos notificados pela Unimed Fesp, respondidos em até 60 dias

As informações deste critério serão fornecidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente da Unimed Fesp. Para ser considerada, a resposta ao evento adverso deve estar completa, conforme padrão solicitado pelo Núcleo de Segurança do Paciente da Fesp.

VII. Comprovação de registro no Notivisa

A estrutura deverá enviar comprovante de registro no Notivisa. **Deve ser enviada, no mínimo, a evidência de 1 registro a cada 3 meses.** A evidência deve, claramente, mostrar qual prestador está realizando o registro e qual tipo de registro foi realizado. Enviar evidência do registro e não apenas dos protocolos de envio.

“Notificações em vigilância sanitária – objetivo: notificar é comunicar a ocorrência de eventos, problemas ou situações associadas a produtos e serviços. Podem ser notificados para a Anvisa eventos adversos e queixas técnicas sobre produtos e serviços relacionados à vigilância sani-

tária. A sua notificação ajuda a agência a tomar medidas de proteção e promoção à sua saúde. (9) ANS – Qualiss”

VIII. Disponibilização de documentos completos na Linkana

As Unidades participantes do Programa Valoriza deverão disponibilizar seus documentos na ferramenta Linkana, de acordo com a PL GO 001 – Política de Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde <https://www.unimed.coop.br/site/web/unimedfesp/qualificacao-da-rede-prestadora>. A Linkana classifica as estruturas de acordo com a disponibilização de documentos e compliance. Para pontuar, a estrutura deve ter classificação A ou B.

IX. Participação nas ações educacionais disponibilizadas pela Unimed Fesp

Estas ações têm controle de acesso que envolvem segurança do paciente. Dessa forma, a Unimed Fesp pode consultar os profissionais que as procuram. Para atender a esse critério, a Unimed Fesp verificará a participação nas ações do período do programa, identificadas pelo nome/CNPJ do participante do Valoriza, conforme porcentagem de participação estabelecida.

X. Adota modelos de remuneração baseada em valor

O prestador deverá apresentar, caso existam, modelos de remuneração baseada em valor negociados formalmente. Nos casos em que o hospital, em acordo com a Singular responsável pela contratação, tenha interesse e/ou não apresente modelos de remuneração baseada em valor, a Unimed Fesp poderá fechar acordo operacional com a Singular para que sejam implantados modelos RBV no atendimento aos beneficiários da Unimed Fesp nesta estrutura. A implantação do modelo deve ocorrer até 6 meses antes da data de término do programa. A data será verificada na evidência formal apresentada com assinatura dos responsáveis.

3. SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico serão analisados quanto aos indicadores abaixo, que refletem a preocupação com a qualidade e segurança da assistência prestada, e devem ser divulgados e reconhecidos por sua excelência.

3.1 Critérios

O selo será disponibilizado para o SADT recurso próprio ou prestador com aval da Singular.

Observação: apenas serão aceitas inscrições de estruturas com CNPJ específicos, isto é, não pode ser realizada inscrição por hospitais que têm uma área de SADT.



Critérios	 Ouro	 Prata	 Bronze
I – Indicadores de Segurança do Paciente – % dentro dos critérios estabelecidos	Acima de 90% = 30 pontos	Entre 70 e 90% = 20 pontos	Abaixo de 70% = 10 pontos
II – Disponibilização de protocolos clínicos adequados (conforme AGREE)	3 protocolos = 30 pontos	2 protocolos = 20 pontos	1 protocolo = 10 pontos
III –Comprovação de Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na Anvisa	40 pontos		
IV – Apresentação de Plano de Segurança do Paciente	40 pontos		
V – Comprovação de registro no Notivisa	100% = 40 pontos	Entre 80 e 99% = 20 pontos	Acima de 70 até 80% = 10 pontos
VI – Disponibilização de documentos completos na Linkana – necessária classificação A ou B	30 pontos		
VII – Participação nas ações educacionais disponibilizadas pela Unimed Fesp	100% = 30 pontos	Entre 80 e 99% = 20 pontos	Acima de 70 até 80% = 10 pontos
VIII – Apresentação de atributos de qualidade – referência Qualiss	30 pontos		



3.2. Premiação

Ouro: **230 – 260 pontos. Selo + R\$ 3 mil.**
Prata: **190 – 220 pontos. Selo + R\$ 2 mil.**
Bronze: **150 – 180 pontos. Selo + R\$ 1.250 mil.**

3.3. Descrição de critérios

I. Indicadores de Segurança do Paciente – % dentro dos critérios estabelecidos

Compartilhamento de indicadores de qualidade e segurança do paciente, com metas definidas pela instituição inscrita no programa e validadas pela Unimed Fesp, com base em referências nacionais e internacionais, minimamente:

a) Taxa de identificação correta do paciente – obrigatório a todos



Nome do indicador	Taxa de identificação correta do paciente
Conceito	Indicador que representa o percentual de pacientes corretamente identificados na instituição. A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de pacientes com pulseiras padronizadas} \times 100}{\text{Número de pacientes atendidos nas instituições de saúde}}$
Numerador	Número de pacientes com pulseiras padronizadas.
Denominador	Número de pacientes atendidos nas instituições de saúde.
Definição dos termos	Identificação correta do paciente – É o processo de confirmar a identidade de um paciente antes de qualquer procedimento, garantindo que o cuidado seja prestado à pessoa certa. Para evitar erros que possam colocar em risco a vida dos pacientes, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a utilização de, pelo menos, dois identificadores únicos para confirmar a identidade do paciente em todas as etapas do cuidado. Os marcadores mais utilizados mundialmente são: Nome completo – deve ser escrito por extenso, sem abreviações; Em casos de homônimos – o nome da mãe pode ser utilizado como identificador adicional; Data de nascimento – deve ser registrada com dia, mês e ano.
Interpretação	O número de pacientes com pulseiras padronizadas em uma instituição de saúde refere – se sobre a quantidade de pacientes que estão com pulseiras de identificação padronizadas dentro da instituição, servindo para garantir a qualidade e a segurança do atendimento prestado. Sobre o número de pacientes que foram atendidos em um determinado período. Quanto maior a taxa, melhor.
Parâmetros	O recomendado é que 100% dos pacientes estejam com pulseiras de identificação padronizadas. No entanto, deve-se levar em conta a série histórica da instituição.

Nome do indicador	Taxa de identificação correta do paciente
Limitações e vieses	O indicador se concentra apenas na identificação do paciente, não avaliando outros aspectos da segurança do paciente, como comunicação entre os profissionais de saúde etc. A amostra de pacientes incluídos na análise pode não ser representativa da população geral, o que pode afetar a generalização dos resultados. Dados incompletos ou inconsistentes: se os dados de identificação estiverem incompletos ou houver discrepâncias entre as informações, o caso pode ser excluído.
Bibliografia	Protocolo de identificação do paciente. Ministério da Saúde, 2022 https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf

b) Densidade de incidência de queda em pacientes adultos – obrigatório a todos

Nome do indicador	Densidade de incidência de queda em pacientes adultos
Conceito	Indicador utilizado para medir a frequência de quedas ocorridas durante a permanência de pacientes adultos (18 anos ou mais) nos estabelecimentos de saúde que resultaram em dano ou não. O indicador avalia a qualidade da assistência prestada com base na implantação das boas práticas em saúde quanto à prevenção de queda em pacientes adultos que passaram nos estabelecimentos de saúde, tais como: laboratório, clínica de hemodiálise, serviços de radiologia, clínicas odontológicas etc.
Fórmula de cálculo	$(\text{Total de quedas com ou sem danos em pacientes adultos}) / (\text{Total de pacientes-dia}) \times 1.000$
Numerador	Número total de quedas com ou sem danos em pacientes adultos internados.
Denominador	Número de pacientes-dia adultos, somatória do total de pacientes-dia do hospital no mês.

Nome do indicador	Densidade de incidência de queda em pacientes adultos
Definição dos termos	Queda: é definida por deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em danos. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeiras de rodas, poltronas, cadeiras, cadeiras higiênicas), incluindo vaso sanitário, durante a realização de exames etc. Podendo ser classificada de acordo com a gravidade dos danos causados a ele: menor (resultou na aplicação de curativos, de gelo, na limpeza de uma ferida, na elevação de um membro, em medicação tópica, contusões ou abrasão), moderada (resultou em sutura, aplicação de sutura adesiva/cola para a pele, tala ou distensão muscular ou das articulações), maior (resultou em cirurgia, modelagem, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou de outras estruturas/órgãos internos) e morte (o paciente morreu em virtude das lesões resultantes da queda). Número de paciente-dia: o número de paciente-dia em serviços ambulatoriais representa a quantidade de tempo que os pacientes ocupam os espaços e recursos de um serviço ambulatorial, em um determinado período. Diferentemente dos serviços hospitalares onde a internação é mais prolongada, nos serviços ambulatoriais, a contagem é feita com base nas horas ou frações de hora que cada paciente passa no local para realizar consultas, exames ou outros procedimentos.
Interpretação	Este indicador fornece a frequência com que os pacientes internados sofrem quedas no estabelecimento de saúde que resultam em lesões, evidenciando o grau de segurança da instituição em relação ao risco de quedas e, consequentemente, ao risco de lesões relacionadas a essas quedas. Quanto menor o valor da incidência, melhor a instituição está em termos de prevenção de quedas e lesões associadas. Taxas elevadas podem indicar a necessidade de aprimorar protocolos de prevenção de quedas, como a implementação de medidas de segurança e estratégias de monitoramento mais eficazes.
Parâmetros	Ao analisar esse indicador, é importante considerar a premissa de que, quanto menor o número de eventos registrados, ou seja, quanto menor a incidência, melhor será a segurança do paciente e a eficácia das estratégias preventivas adotadas.

Nome do indicador	Densidade de incidência de queda em pacientes adultos
Limitações e vieses	Critérios de inclusão: todo deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, conforme conceituado na descrição (numerador). Pacientes adultos que tiveram queda no estabelecimento de saúde (inclusive queda referida pelo paciente, sem a presença da equipe ou de familiar/acompanhante, que gerou atendimento médico e de enfermagem e/ou solicitação de exames, procedimentos e observação) (numerador). Considerar qualquer deslocamento do eixo (quase queda é queda) (numerador). Critérios de exclusão: quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe, pacientes da neonatologia e pediatria (numerador e denominador). Subnotificação de quedas, ou seja, nem todas as quedas resultam em lesões visíveis ou imediatamente perceptíveis, o que pode afetar a consistência dos dados. Instituições com protocolos de vigilância mais rigorosos podem registrar mais quedas, o que não necessariamente reflete uma maior taxa de incidentes, mas sim uma maior conscientização e monitoramento.
Bibliografia	https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024; Nota-Técnica-03_2025_Critérios-diagnósticos-de-IRAS-2025-02.01.2025-FINAL.pdf; Manual de indicadores SINHA junho 2023. https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/consorcio-de-indicadores-de-qualidade-hospitalar ANVISA. Incidentes relacionados à assistência à saúde – Resultados das notificações realizadas no Notivisa – janeiro a dezembro de 2023 (por Estado). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023?b_start:int=0; https://www.intos.saude.gov.br/busca?searchword=quedas&searchphrase=all.

c) Taxa de retificação de laudos – obrigatório a todos

Nome do indicador	Taxa de retificação de laudos
Conceito	O indicador mede a frequência com que os laudos laboratoriais precisam ser corrigidos ou retificados após a emissão inicial. Esse indicador reflete a qualidade e precisão dos processos, desde a coleta e/ou realização do procedimento até a interpretação dos resultados.
Fórmula de cálculo	(Número de exames com laudos liberados e retificados) / (Total de exames com laudo liberado) x 100.
Numerador	Número de exames com laudos liberados e retificados.
Denominador	Total de exames com laudo liberado.
Definição dos termos	Laudo: é um documento técnico formal que contém resultados e informações geradas a partir de um exame e/ou procedimento realizado. É elaborado por um profissional qualificado com o objetivo de fornecer uma interpretação detalhada dos dados obtidos, para auxiliar no diagnóstico, avaliação e tomada de decisões. Retificação de laudo: são considerados retificados os exames cujos laudos sofreram correções ou modificações, após a liberação por qualquer motivo. Consideram-se motivos de correção: título, lateralidade, ajustes na formatação ou composição do texto do laudo, ajustes na impressão diagnóstica/conclusão, inclusão de adendo ou observação que retifique informações previamente estabelecidas ou acrescente achados previamente não descritos. Taxa: a porcentagem de laudos retificados em relação ao total de laudos emitidos em um determinado período.
Interpretação	O indicador mede a frequência com que os laudos precisam ser retificados após a emissão inicial. Esse indicador reflete a qualidade e precisão dos processos, desde a coleta e/ou realização do exame até a interpretação dos resultados. Uma alta taxa de retificação pode indicar problemas em diferentes etapas do processo, como erros de digitação, falhas na análise dos resultados, interpretação incorreta ou problemas com a comunicação entre a equipe técnica e o médico solicitante. A análise crítica do indicador pode incluir a categorização das retificações por motivo e por impacto. Em relação a impacto, as retificações podem ser: Categoria A: discrepâncias menores, incluindo erros ortográficos no diagnóstico, ou outros lapsos que não afetam o tratamento do paciente;

Nome do indicador	Taxa de retificação de laudos
Interpretação	Categoria B: erros diagnósticos que têm mínimo efeito no tratamento do paciente, ambiguidade no relatório, falta de clareza, omissão de informações que podem ser importantes para o diagnóstico ou prognóstico; se detectados devem levar a uma complementação do laudo; Categoria C: erros ou omissões maiores no diagnóstico que afetarão o tratamento do paciente e que, se detectados, devem levar à emissão de um laudo corrigido e comunicação de resultado crítico.
Parâmetros	A taxa de retificação é a porcentagem de laudos que precisaram ser corrigidos em relação ao número total de laudos emitidos. Os parâmetros do indicador são elementos-chaves para medir e analisar a qualidade dos processos relacionados à correção de laudos, ajudam a entender o desempenho e identificar áreas para melhorias. Uma taxa de retificação baixa indica um processo bem controlado e eficiente. As boas práticas indicam que uma taxa aceitável pode variar dependo do perfil da instituição, mas os valores inferiores a 1-2% geralmente são considerados adequados.
Limitações e vieses	A definição do que constitui um erro ou necessidade de retificação pode ser subjetiva dependendo de quem está avaliando, sendo necessárias definições claras e objetivas. A subnotificação pode ocorrer, não sendo identificadas e/ou reportadas adequadamente. Laudos que são corrigidos internamente sem que seja necessário fazer uma alteração formal no documento final podem ser excluídos do cálculo.
Bibliografia	Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia – PACQ – SBP RDC 302 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Ministério da Saúde, 2005. RDC 786/2023. TRAVERS, H. Quality Assurance Indicators in Anatomic Pathology. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Northfield, v.114,p.1149-1156, nove.1990. TRAVERS, H.(Editor). Quality Improvement Manual in Anatomic Pathology, Northfield: College of American Pathologists, 1993.

d) Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura (obrigatório – se aplicável)

Nome do indicador	Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura
Conceito	A taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura é um indicador que mede a frequência com que os profissionais de saúde seguem os passos detalhados em um checklist antes, durante e após uma cirurgia. Essa lista, padronizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), visa reduzir erros e complicações, garantindo a segurança do paciente.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de procedimentos cirúrgicos em que a lista de verificação de cirurgia segura foi utilizada pela equipe cirúrgica} \times 100}{\text{Número de procedimentos cirúrgicos realizados}}$
Numerador	Número de procedimentos cirúrgicos em que a lista de verificação de cirurgia segura foi utilizada pela equipe cirúrgica.
Denominador	Número de procedimentos cirúrgicos realizados.
Definição dos termos	Lista de verificação: lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos. Condutor da lista de verificação: profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com as diretrizes da instituição de saúde. Equipe cirúrgica: equipe composta por cirurgiões, anestesiológicos, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.
Interpretação	O volume anual de cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano (Shekelle et al., 2013).

Nome do indicador	Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura
Interpretação	Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrências de erros que podem resultar em danos para o paciente e levar à incapacidade ou à morte (Ronsmans & Graham, 2006). Os problemas associados à segurança cirúrgica são bem conhecidos nos países desenvolvidos, porém menos estudados nos países em desenvolvimento. Há relatos internacionais de recorrentes e persistentes ocorrências de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro, além de pacientes que tiveram o rim, a glândula adrenal, a mama ou outro órgão sadio removido. A atenção que tais eventos invariavelmente atraem na mídia abala a confiança do público nos sistemas de saúde e nos profissionais de saúde. Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorram em cerca de 1 em cada 50.000 a 100.000 procedimentos nos Estados Unidos (EUA), equivalendo a 1.500 a 2.500 eventos adversos desse tipo por ano (Rebasa et al., 2006; Kwaan et al., s/d)). Uma análise de eventos sentinela relatados pela Joint Commission (JC), dos EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos eventos adversos relatados decorriam de cirurgias em sítios errados (Seiden & Barach, 2006). Há evidências suficientemente robustas de que a implementação da Lista de verificação de cirurgia segura é fortemente recomendada para a redução da ocorrência desses eventos adversos (Joint Commission, 2006). Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de verificação. Um estudo holandês mostra uma queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%. A lista de verificação foi aprovada por 25 países, que declararam ter mobilizado recursos para sua implementação e, em novembro de 2010, 1.788 hospitais no mundo haviam relatado o seu uso. Nos últimos quatro anos, com o apoio da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dos EUA, um grupo de especialistas das áreas de qualidade do cuidado e segurança do paciente, conduziu uma abrangente e rigorosa revisão sistemática sobre a evidência científica do que denominaram de Estratégias para a Segurança do Paciente (Patient Safety Strategies – PSSs). O estudo indicou a implementação de 22 estratégias com evidências suficientemente robustas para melhorar a segurança, considerando entre as estratégias, a implementação da Lista de verificação de cirurgia segura como fortemente recomendada (WHO, 2009).

Nome do indicador	Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura
Interpretação	Em recente estudo brasileiro sobre as características de eventos adversos evitáveis, o fator contribuinte mais frequente foi a não adesão às normas, isto é, ausência de cumprimento a algum protocolo ou diretriz clínica. Estudos demonstram que os idosos são mais suscetíveis a resultados adversos (Mendes et al, 2013). A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente identificou “um conjunto de verificações de segurança que poderia ser realizado em qualquer sala de operação”. O objetivo da Lista de verificação para segurança cirúrgica da Organização Mundial de Saúde (OMS) é promover o trabalho de equipe entre as disciplinas médicas. A Lista de verificação não é um dispositivo regulador, e sim uma ferramenta para ser utilizada pelos médicos em prol da melhoria da segurança de suas atividades e na “redução de mortes cirúrgicas e complicações desnecessárias” (ANVISA, 2009).
Parâmetros	O resultado do indicador reflete o número de procedimentos cirúrgicos em que a Lista de verificação de cirurgia segura foi utilizada pela equipe cirúrgica, dividido pelo número de procedimentos cirúrgicos realizados, vezes 100. Quanto maior a taxa, melhor. O ideal é que a lista seja preenchida de forma completa e consistente em 100% dos procedimentos cirúrgicos. No entanto, deve-se levar em conta a série histórica da instituição.
Limitações e vieses	A inclusão ou exclusão de determinados procedimentos pode influenciar os resultados, especialmente se os critérios de exclusão não forem claros e consistentes.
Bibliografia	Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz (PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA) / https://pro-qualis.net/indicadores/taxa-de-ades%C3%A3o-%C3%A0-lista-de-verifica%C3%A7%C3%A3o-de-cirurgia-segura. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-cirurgia-segura.pdf/view

e) Incidência de extravasamento de droga antineoplásica em pacientes em atendimento ambulatorial (obrigatório em estruturas que realizam infusão de quimioterápicos)

Nome do indicador	Incidência de extravasamento de droga antineoplásica em pacientes em atendimento ambulatorial
Conceito	O extravasamento do quimioterápico antineoplásico é definido como infiltração acidental da droga no tecido subcutâneo circunjacente, e seus efeitos tóxicos locais variam, podendo causar dor, necrose tissular ou descamação do tecido. O potencial vesicante de um quimioterápico, o volume extravasado, o sítio de infiltração e o tempo de exposição à droga serão fatores determinantes para estabelecer a extensão da lesão.
Fórmula de cálculo	(Total de pacientes em atendimento ambulatorial com extravasamento de droga antineoplásica na instituição de saúde no período) / Total de pacientes em uso de droga antineoplásica em atendimento ambulatorial na instituição de saúde no período x 100.
Numerador	Total de pacientes em atendimento ambulatorial com extravasamento de droga antineoplásica na instituição de saúde no período.
Denominador	Total de pacientes em uso de droga antineoplásica em atendimento ambulatorial na instituição de saúde no período.
Definição dos termos	Extravasamento: infiltração acidental de uma droga ou solução do vaso sanguíneo para os tecidos adjacentes, resultando em danos teciduais. Drogas antineoplásicas: medicamentos utilizados no tratamento do câncer, também conhecidos como quimioterápicos. Número de eventos ocorridos: casos de extravasamento que ocorreram no mês. Total de paciente: número de pacientes que receberam drogas antineoplásicas.

Nome do indicador	Incidência de extravasamento de droga antineoplásica em pacientes em atendimento ambulatorial
Interpretação	O índice de extravasamento de drogas antineoplásicas é uma medida que quantifica a frequência com que medicamentos utilizados no tratamento do câncer vazam para fora da veia durante a administração, atingindo os tecidos adjacentes. Este índice é importante para avaliar a qualidade da assistência prestada. Quando ocorre um extravasamento, o paciente pode desenvolver lesões graves no local, como dor intensa, necrose tecidual e infecções.
Parâmetros	O resultado do indicador indica o índice de pacientes que tiveram extravasamento de drogas antineoplásicas dividido pelo total de pacientes que receberam drogas antineoplásicas x 100. Quanto menor a taxa, melhor, garantindo assim, a segurança do paciente. A meta aceitável pode variar de uma instituição para outra, dependendo do perfil e da série histórica.
Limitações e vieses	Muitos casos podem não ser notificados por subestimação da gravidade do evento ou por medo. Isso pode levar a uma subestimativa da real incidência. Fatores não considerados: o índice não considera a gravidade do extravasamento (leve, moderado ou grave), o tipo de droga envolvida, a localização da lesão, nem o tempo de resposta ao tratamento.
Bibliografia	https://www.cofen.gov.br/parecer-no-026-2018-cofen-ctas . FREITAS, K.A.B.; POPIM, R.C. Manual de Extravasamento de Antineoplásicos. HC/SP. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu-SP, 2015. https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/download/2322/1450/16479

f) Incidência de infecção da corrente sanguínea associada a cateter (obrigatório em estruturas que utilizam cateter venoso central e/ou cateter de hemodiálise)

Nome do indicador	Incidência de infecção da corrente sanguínea associada a cateter
Conceito	Avaliação da incidência de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada a cateter venoso central (CVC) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
Fórmula de cálculo	$(\text{Total de ICS em pacientes com (CVC)} / (\text{Total de pacientes com CVC-dia}) \times 1.000$
Numerador	Somatório de infecções de corrente sanguínea em pacientes com CVC no período de interesse. Critérios de inclusão: • Pacientes com diagnóstico de infecção pelo uso de CVC por período superior a dois dias de calendário. • O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior. • Presença de agente patogênico em uma ou mais hemoculturas. • O microrganismo identificado não estar relacionado a outro foco de infecção. Critério de exclusão • Pacientes com infecção prévia ao uso do CVC.
Denominador	Somatório de pacientes com cateter venoso central-dia (CVC-dia) no período de interesse. Critérios de inclusão: • Pacientes com uso de CVC por período superior a dois dias de calendário. Critério de exclusão: • Pacientes com infecção prévia ao uso do CVC.
Definição dos termos	Cateter venoso central (CVC): é um sistema intravascular indispensável na prática diária da medicina moderna e é utilizado para fluidoterapia, administração de fármacos, produtos sanguíneos, alimentação parenteral, monitorização hemodinâmica, entre outros (Silva, 2009). Considerar também cateteres centrais de inserção periférica (PICC) como CVC. Cateter venoso central-dia (CVC-dia): número de pacientes com uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres. Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. Considerando um paciente internado por 10 dias com CVC, o mesmo deverá ser contabilizado diariamente. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVC-dia, utilizar a contagem às 23h59 de cada dia.

Nome do indicador	Incidência de infecção da corrente sanguínea associada a cateter
Definição dos termos	Cateter de hemodiálise: é um dispositivo em formato de tubo fino e flexível, que é inserido em uma veia de grande calibre, como a jugular interna, subclávia ou femoral. Ele serve como um acesso vascular, ou seja, um caminho para que o sangue seja retirado do corpo, purificado em uma máquina de hemodiálise e, em seguida, devolvido ao corpo.
Interpretação	O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVC. Quanto menor a taxa de infecção de corrente sanguínea associada a CVC, melhor.
Parâmetros	As infecções hospitalares, na sua grande maioria, estão associadas ao uso de cateter venoso central (CVC) com taxas de bacteremia substancialmente mais elevadas em pacientes com cateter do que naqueles sem. As taxas de infecção podem ser influenciadas por fatores intrínsecos do paciente, tipo e gravidade da doença, condições em que os cateteres foram colocados e a localização da inserção (Silva, 2009). Anualmente, são registrados em unidades de tratamento intensivo (UTIs), mais 80.000 casos de infecções relacionadas ao uso de cateter, enquanto estima-se mais de 250.000 infecções de corrente sanguínea nos hospitais dos Estados Unidos (Mermel et al., 2000; Maki et al., 2006). Os dados apresentados em trabalhos indicam o prolongamento das internações, aumento da mortalidade e impacto financeiro devido a infecções em pacientes que fazem uso de cateter venoso central. Em um trabalho realizado na Inglaterra, foi observada uma mortalidade adicional de 5,7%, e um prolongamento de 11,4 dias de internação (Raleigh et al., 2008). Em outro estudo, realizado em 38 hospitais pediátricos dos Estados Unidos, observou-se um prolongamento de internação de 22,4 dias e em custos hospitalares adicionais de US\$ 172.484 (Kronman et al., 2008). Em 2010, foi realizado o primeiro levantamento do indicador de densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter venoso central (CVC) pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Foram notificadas 18.370 IPCS, dentre elas, 10.889 (59,3%) eram em UTI adulto; 5.956 (32,4%) em UTI neonatal e 1.525 (8,3%) em UTI pediátrica. A proporção de IPCS notificadas com confirmação laboratorial foi de 42,9% no geral, 40,7% em UTI adulto, 51,5% em UTI neonatal e 24,7% em UTI pediátrica. A densidade de incidência de IPCS em UTI adulto, obtida a partir das notificações, foi de 4,8 infecções por 1.000 CVC/dia com confirmação por critérios clínicos, e de 3,3 infecções por 1.000 CVC/dia com confirmação laboratorial. Segundo os dados apresentados no Observatório 2019 da ANAHP, a densidade de infecção de corrente sanguínea aparece em 2,61% em UTI adulto, 4,87% em UTI neonatal; 1,75% em UTI pediátrica e 1,56% em UTI semi-intensiva.

Nome do indicador	Incidência de infecção da corrente sanguínea associada a cateter
Limitações e vieses	A definição clínica de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter, usada para diagnosticar e tratar pacientes, requer testes laboratoriais específicos que identificam mais detalhadamente o cateter como a fonte da infecção sanguínea sistêmica. Muitas vezes, é problemático estabelecer com precisão se uma infecção da corrente sanguínea é uma infecção associada ao cateter, devido às necessidades clínicas do paciente – o cateter nem sempre é retirado à disponibilidade limitada de métodos microbiológicos (muitos laboratórios não usam hemoculturas quantitativas ou tempo diferencial para positividade) e à conformidade processual da equipe de assistência direta (a rotulagem deve ser precisa). Definições mais simples são frequentemente usadas para propósitos de vigilância. Por exemplo, "infecção da corrente sanguínea associada à linha central" é um termo usado pela National Healthcare Safety Network (NHSN) do CDC (Centers for Disease Control). A infecção da corrente sanguínea associada à linha central é uma infecção sanguínea sistêmica primária em um paciente que teve uma linha central dentro do período de 48 horas antes do desenvolvimento da infecção sanguínea sistêmica e que não está está relacionada à uma infecção sanguínea em outro local. No entanto, uma vez que algumas infecções de corrente sanguínea são secundárias a outras fontes diferentes da linha central (por exemplo, pancreatite, mucosite) e podem não ser facilmente reconhecidas, a definição de vigilância da infecção de corrente sanguínea associada à linha central pode superestimar a verdadeira incidência de infecção da corrente sanguínea associada à cateter venoso central (CDC, 2011).
Bibliografia	https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/fichas-tecnicas-dos-indicadores-monitoramento-da-qualidade-hospitalar.pdf

g) Taxa de notificações de resultados críticos (obrigatório para laboratórios)

Nome do indicador	Taxa de notificações de resultados críticos
Conceito	Esse indicador mede a eficiência de um laboratório em comunicar resultados de exames que exigem ação médica imediata. Quando um exame apresenta um valor crítico, significa que o resultado indica um estado de saúde que pode colocar a vida do paciente em risco. A notificação desses resultados fora do prazo compromete a qualidade da assistência ao paciente e pode ter consequências graves.
Fórmula de cálculo	(Número de notificações de resultados críticos fora do prazo)/(Número total de notificações de resultados críticos) x100
Numerador	Número de notificações de resultados críticos fora do prazo.
Denominador	Número total de notificações de resultados críticos.
Definição dos termos	Resultado de exame crítico: um resultado de exame laboratorial que indica um estado fisiológico grave que, se não tratado imediatamente, pode colocar a vida do paciente em risco. Esses resultados exigem comunicação rápida ao médico solicitante para que as medidas terapêuticas adequadas sejam tomadas. Notificação: o ato de comunicar formalmente um resultado de exame crítico ao médico responsável pelo paciente. Essa comunicação deve ser feita dentro de um prazo predefinido para garantir a tomada de decisão rápida e eficaz. Fora do prazo: quando a notificação do resultado crítico ocorre após o período de tempo estabelecido como limite para essa comunicação. Podendo interferir na tomada de decisões sobre o tratamento de um paciente, atraso no diagnóstico médico, erros de tratamento, aumento de complicações e insatisfação do paciente.
Interpretação	Esse indicador mostra a frequência com que os resultados de exames que exigem ação médica imediata (resultados críticos) não são comunicados aos profissionais de saúde dentro do prazo estabelecido. Ele permite medir o tempo decorrido entre a liberação de um resultado crítico e a sua comunicação ao profissional solicitante.

Nome do indicador	Taxa de notificações de resultados críticos
Parâmetros	O resultado do indicador reflete o número de motivações de resultados críticos que foram comunicados fora do prazo estabelecido, dividido pelo total de resultados críticos x 100. Quanto menor a taxa, melhor, garantindo assim, a segurança do paciente. A meta aceitável pode variar de uma instituição para outra, dependendo do perfil e da série histórica.
Limitações e vieses	A seleção dos exames considerados críticos pode influenciar o indicador.
Bibliografia	Brasil. Ministério da Saúde. RDC 786 de 05 de maio de 2023. Dispõe sobre os requisitos técnico-sanitários para o funcionamento de Laboratórios Clínicos, de Laboratórios de Anatomia Patológica e de outros Serviços que executam as atividades relacionadas aos Exames de Análises Clínicas (EAC) e de outras providências. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-786-de-5-de-maio-de-2023-482394228 . Acesso em Agosto/2023. São Paulo. Prefeitura Municipal. Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais. 4ª versão. 12 de Junho de 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/assist_laboratorial/index.php?p=329006 . Acesso em Agosto/2023. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_informativa_13_2023_comunicacao_resultados_criticos_%2025%20_08_23.pdf

h) Índice de falhas na rotulagem de amostras (obrigatório para laboratórios)

Nome do indicador	Índice de falhas na rotulagem de amostras
Conceito	Falhas na rotulagem de amostras de exames são erros que ocorrem quando as informações identificadoras de uma amostra, como o nome do paciente, data da coleta, tipo de exame etc. estão incorretas, incompletas ou ausentes. Uma rotulagem incorreta pode levar à associação de resultados a pacientes errados, comprometendo diagnósticos e tratamentos.
Fórmula de cálculo	(Número de amostras de laboratório que não foram corretamente rotuladas com informações do paciente ou identificação) / (Total de amostras processadas) x 100
Numerador	Número de amostras de laboratório que não foram corretamente rotuladas com informações do paciente ou identificação x 100
Denominador	Total de amostras processadas.
Definição dos termos	Rotulagem: é uma etiqueta ou selo que serve para identificar, descrever ou classificar um objeto, produto ou informação. Identificação: permite saber o que é algo, de onde veio e para que serve.
Interpretação	O indicador de falhas na rotulagem de amostras é um parâmetro para avaliar a qualidade dos processos em um laboratório. Ele reflete diretamente a precisão e confiabilidade dos resultados gerados, sendo fundamental identificar cada amostra e associá-la ao paciente correto. Os principais erros de rotulagem são: falta de identificação, rótulo ilegível, informações incorretas ou incompletas, código de identificação incorreto, rótulos trocados, rótulo colado na tampa ou em lugar que pode ser encoberto, informações divergentes entre o rótulo e o pedido médico etc.
Parâmetros	O indicador é calculado dividindo o número de amostras com erros pelo número total de amostras processadas e multiplicando por 100 para obter a taxa de falhas em %. Quanto menor a taxa, melhor.
Limitações e vieses	É possível que a subnotificação ocorra, que nem todas as falhas de rotulagem sejam identificadas e registros, subestimando a taxa real de falhas.
Bibliografia	ISO 15189 https://pncq.org.br/rdc-786-norma-revisada-que-substituiu-a-rdc-302-2005

Para o compartilhamento dos indicadores deverá ser utilizado Forms, disponibilizado na sua pasta do SharePoint. Esse Forms deve ser preenchido mensalmente e alimentará o Power BI com os dados de cada indicador. A cada trimestre será realizado print e disponibilizado ao participante no SharePoint.

Quando o resultado do indicador estiver fora da meta, a estrutura deverá informar análise e Plano de Ação desenvolvido. Os indicadores devem ser da estrutura inscrita no programa. Quando o prestador é contratado por um hospital, deve apresentar os indicadores acima apartados dos indicadores gerais do hospital, visto que é CNPJ diferente da estrutura hospitalar. Não serão aceitos indicadores em outros formatos.

II. Disponibilização de protocolos clínicos

Critério de análise: quantidade (3) e qualidade (AGREE). Devem ser apresentados, no mínimo, 3 dos protocolos abaixo:

- a) Protocolo de identificação do paciente;
- b) Protocolo de identificação, transporte e acondicionamento de amostras biológicas (obrigatório se apresenta processos com amostras biológicas);
- c) Protocolo de prevenção de quedas;

- d) Protocolo de cirurgia segura (se aplicável);
- e) Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (obrigatório se apresenta algum tipo de infusão de medicamentos);
- f) Protocolo de informação de resultados críticos.

As diretrizes clínicas serão analisadas de acordo com o perfil da instituição.

Observação: serão analisados quanto à sua base em evidências e adequação à ferramenta Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation, AGREE II (adaptado) – modelo em anexo I. A análise será devolvida ao participante de forma a haver tempo hábil para ajuste, caso seja enviada em até 6 meses do início do programa. Será realizada apenas 1 reanálise. Se o protocolo for enviado após 6 meses do início do programa, será analisado e considerado sem possibilidade de ajuste.

III. Comprovação de Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na Anvisa

O Núcleo de Segurança do Paciente deverá estar cadastrado na Anvisa com o CNPJ inscrito no Programa Valori-

za. Quando o prestador é contratado por um hospital, especificamente nesta situação, poderá informar o CNPJ do contratante para pesquisa na ANVISA, mas deve apresentar Plano de Segurança que claramente abranja o prestador. Será realizada uma pesquisa para verificação deste cadastro no site da agência. Como boa prática, mesmo as estruturas não citadas na RDC 36 deverão possuir NSP constituídos, para serem premiadas.

IV. Apresentação de Plano de Segurança do Paciente

Todas as estruturas inscritas devem apresentar Plano de Segurança do Paciente formalizado, assinado, adequado à estrutura inscrita, com no mínimo 6 meses de criação anteriores ao final do período do Programa Valoriza. Quando o prestador é contratado por um hospital, especificamente nesta situação, poderá apresentar Plano de Segurança que claramente abranja o prestador.

V. Comprovação de registro no Notivisa

A estrutura deverá enviar comprovante de registro no Notivisa. Deve ser enviada, no mínimo, e a evidência de 1 registro a cada 3 meses, de eventos adversos ocorridos especificamente na estrutura participante. A evidência deve, claramente, mostrar qual prestador que está realizando o registro e qual tipo de registro foi realizado.

Enviar evidência do registro e não apenas dos protocolos de envio.

“Notificações em vigilância sanitária – Objetivo: notificar é comunicar a ocorrência de eventos, problemas ou situações associadas a produtos e serviços. Podem ser notificados para a Anvisa eventos adversos e queixas técnicas sobre produtos e serviços relacionados à vigilância sanitária. A sua notificação ajuda a Agência a tomar medidas de proteção e promoção à sua saúde. (9) ANS – Qualiss”

VI. Disponibilização de documentos completos na Linkana

As Unidades participantes do Programa Valoriza deverão disponibilizar seus documentos na ferramenta Linkana, de acordo com a PL-FESP-014 – Política de Qualificação de rede prestadora de serviços de saúde <https://www.unimed.coop.br/site/web/unimedfesp/qualificacao-da-rede-prestadora>. A Linkana classifica as estruturas de acordo com a disponibilização de documentos e compliance. Para pontuar a estrutura deve ter classificação A ou B.

VII. Participação nas ações educacionais disponibilizadas pela Unimed Fesp

Estas ações têm controle de acesso que envolvem Segurança do Paciente. Dessa forma, a Unimed Fesp pode consultar os profissionais que as procuram. Para atender a esse critério, a Unimed Fesp verificará a participação nas ações do período do programa, identificadas pelo nome/cnpj do participante do Valoriza, conforme porcentagem de participação estabelecida.

VIII. Apresentação de atributos de qualidade – referência Qualiss

Os atributos de qualidade aferidos no Qualiss para este critério são os seguintes:

- Certificado de Acreditação;
- Certificado de Qualidade Monitorada obtido no Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM – Qualiss;
- Certificado ou documento equivalente emitido pelas entidades gestoras de outros programas de qualidade;
- Certificado ABNT NBR ISO 9001.

Ref: Resolução Normativa DC/ANS Nº 510 DE 30/03/2022. Acesso: <https://www legisweb.com.br/le->

gislacao/?id=429861

4. Segurança para todos – operadoras

Pela preocupação com qualidade e segurança assistenciais, a Unimed Fesp mantém o programa com referência a indicadores assistenciais da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), reconhecida pelos seus hospitais de excelência. Nesta categoria, a Singular deve informar um prestador específico que elegerá para acompanhamento dos indicadores por todo o Programa.

4.1. Critérios

Critérios	 Ouro	 Prata	 Bronze
I – Eventos adversos notificados pela Fesp e acatados pela Unimed – Comprovação de registro do evento no Notivisa.	Acima de 90% = 40 pontos	Acima de 70 até 90% = 30 pontos	Abaixo de 70% = 10 pontos
II – Eventos adversos notificados e acatados pela Unimed – Plano da ação institucional	Acima de 90% = 30 pontos	De 70 até 90% = 20 pontos	Abaixo de 70% = 10 pontos
III – Eventos adversos com beneficiários Fesp, enviados espontaneamente, sem notificação da Fesp.	20 pontos		
IV – Incidência de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central em UTI adulto (%). Referência: 2024: 1,26‰	Média acima de 25 30 pontos	Média entre 15 e 25 20 pontos	Média abaixo de 15 10 pontos
V – Incidência de lesão por pressão adquirida no hospital em pacientes adultos (18 anos ou mais) (%). Referência: 2024: 1,16‰	Média acima de 25 30 pontos	Média entre 15 e 25 20 pontos	Média abaixo de 15 10 pontos
VI – Incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora em UTI adulto (%). Referência: 2024: 0,72‰	Média acima de 25 30 pontos	Média entre 15 e 25 20 pontos	Média abaixo de 15 10 pontos
VII – Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto (%). Referência: 2024: 2,48‰	Média acima de 25 30 pontos	Média entre 15 e 25 20 pontos	Média abaixo de 15 10 pontos
VIII – Taxa de infecção do sítio cirúrgico pós-cirurgia limpa (%) Referência: 2024: 0,38%	Média acima de 25 30 pontos	Média entre 15 e 25 20 pontos	Média abaixo de 15 10 pontos

Critérios	 Ouro	 Prata	 Bronze
IX – Incidência de quedas em lesão de pacientes adultos (18 anos ou mais) internados (‰) Referência: 2024 0,21‰	Média acima de 25 30 pontos	Média entre 15 e 25 20 pontos	Média abaixo de 15 10 pontos
X – Taxa de reinternação mensal	40 pontos		

4.2Premiação

Selo + curso – Cultura da segurança.

Ouro = **240 – 310 pontos**
Prata = **150 – 230 pontos**
Bronze = **100 – 140 pontos**

4.3 Descrição de critérios

I. Eventos adversos notificados pela Fesp e acatados pela Unimed – Comprovação de registro do evento no Notivisa.

A estrutura deverá enviar comprovante de registro no Notivisa. A evidência deve demonstrar claramente a notificação, não apenas o número de protocolo. Será analisado o número de notificações enviadas pela Fesp e acatados pela Unimed como evento adverso x número de comprovantes de registro no Notivisa. Observação: o Núcleo de Segurança da Fesp analisará eventos não acatados pela Unimed.

“Notificações em vigilância sanitária – Objetivo: notificar é comunicar a ocorrência de eventos, problemas ou situações associadas a produtos e serviços. Podem ser notificados para a Anvisa eventos adversos e queixas técnicas sobre produtos e serviços relacionados à vigilância sanitária. A sua notificação ajuda a agência a tomar medidas de proteção e promoção à sua saúde. ANS – Qualiss”

II. Eventos adversos notificados e acatados pela Unimed – Plano de ação institucional

Plano de ação: medidas corretivas (ações que foram tomadas em razão do incidente), incluindo a revisão dos processos e procedimentos, medidas educacionais e mudanças organizacionais (infraestrutura).

III. Eventos adversos com beneficiários Fesp, enviados espontaneamente, sem notificação da Fesp

O envio de eventos adversos identificados pelos Núcleos de Segurança do Paciente é uma prática de excelência. Será considerado como pontuação se a Unimed enviar os dados completos, sendo:

- Envio da análise;
- Comprovação de registro do evento no Notivisa-Anvisa;
- Plano da ação institucional programado.

IV. Incidência de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central em UTI adulto (‰)



Nome do indicador	Incidência de Infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central em UTI adulto (%)
Conceito	Avaliação da incidência de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada a cateter venoso central (CVC) no período em que os pacientes estiveram em Unidade de terapia intensiva (UTI) adulto.
Fórmula de cálculo	(Total de ICS em pacientes com CVC) / (total de pacientes com CVC-dia) x 1.000
Numerador	Número de infecções da corrente sanguínea, laboratorialmente confirmadas, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva em uso de cateter venoso central no mês.
Denominador	Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva com cateter venoso central-dia no mês.
Definição dos termos	Cateter venoso central: dispositivo intravascular utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação esteja posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquicefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais. Cateter central de inserção periférica (PICC): dispositivo intravenoso, introduzido através de uma veia superficial ou profunda de um membro superior ou inferior até o terço distal da veia cava superior ou proximal da veia cava inferior. Cateter umbilical: dispositivo vascular central inserido por meio da artéria ou veia umbilical em neonatos. Todos os cateteres umbilicais são considerados cateteres centrais).
Interpretação	A Incidência de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) em UTI Adulto é um indicador que mede a frequência de infecções da corrente sanguínea em pacientes adultos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que utilizam CVC. É expresso como o número de infecções por 1.000 cateteres-dia. Uma taxa elevada sugere possíveis deficiências nos protocolos de inserção, manutenção ou remoção do cateter, indicando a necessidade de intervenções para aprimorar as práticas de controle de infecções. Por outro lado, uma taxa baixa reflete práticas eficazes de prevenção e controle de infecções, resultando em menor risco para os pacientes.

Nome do indicador	Incidência de Infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central em UTI adulto (%)
Parâmetros	Dados de Incidência no Brasil entre os hospitais da Anahp, de 2020 a 2023: 2020: 2,61% 2021: 3,14% 2022: 1,85% 2023: 1,36% Esses números refletem uma tendência de redução progressiva na densidade de incidência de infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS) relacionadas ao uso de CVC em UTIs adulto no Brasil, especialmente notável entre 2022 e 2023. Essa melhora pode ser atribuída a um conjunto de fatores de melhorias nas práticas assistências, como: higienização rigorosa das mãos, uso de barreiras máximas durante a inserção do CVC, antissepsia adequada da pele com soluções alcoólicas de clorexidina, remoção precoce do cateter quando não indicado, adoção de protocolos padronizados e implementação de diretrizes nacionais e internacionais, como as promovidas pela Anvisa e a Organização Mundial da Saúde (OMS).
Limitações e vieses	Critérios de inclusão: pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período. Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade Critérios de exclusão: se o paciente estiver com mais de 1 cateter ele deve ser contado apenas uma vez por paciente. Ou seja, a contagem deve ser feita pelo número de pacientes com o dispositivo e não pela quantidade de dispositivos por paciente. Pacientes com infecções de corrente sanguínea em que outros focos foram identificados (pulmonar, abdominal etc.) – sepse secundária. Tempo de Permanência do CVC: o risco de infecção aumenta com a duração do uso do cateter. Condições clínicas do paciente: pacientes imunocomprometidos ou com doenças crônicas podem estar mais suscetíveis. A adesão inadequada às práticas de higiene das mãos e à técnica asséptica durante a inserção e manipulação do cateter aumenta o risco de infecção.
Bibliografia	https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024; Nota-Tecnica-03_2025_ Critérios-diagnósticos-de-IRAS-2025-02.01.2025-FINAL.pdf ; Manual de indicadores SINHA junho 2023. https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/consorcio-de-indicadores-de-qualidade-hospitalar

V. Incidência de lesão por pressão adquirida no hospital em pacientes adultos (18 anos ou mais) (‰)

Nome do indicador	Incidência de lesão por pressão adquirida no hospital em pacientes adultos (18 anos ou mais) (‰)
Conceito	O indicador de incidência de lesão por pressão adquirida no hospital mede a proporção de pacientes adultos que desenvolveram lesão por pressão durante a internação, por mil pacientes internados (‰). Ele reflete diretamente a qualidade do cuidado oferecido, uma vez que as lesões por pressão são evitáveis em grande parte por meio de práticas adequadas de prevenção e tratamento.
Fórmula de cálculo	(Total de lesão por pressão em pacientes adultos) / (total de pacientes-dia do hospital no mês) x 1.000.
Numerador	Número total de pacientes adultos com lesão por pressão (úlceras por pressão) novas adquiridas na instituição.
Denominador	Número de pacientes-dia adultos, somatória do total de pacientes-dia do hospital no mês.
Definição dos termos	Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição. Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico: essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão. Lesão por pressão em membranas mucosas: A Lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Nome do indicador	Incidência de lesão por pressão adquirida no hospital em pacientes adultos (18 anos ou mais) (‰)
Definição dos termos	Lesão por pressão estágio I: pele íntegra com eritema que não embranquece, mesmo após o alívio da pressão. Lesão por pressão estágio II: perda parcial da espessura dérmica e exposição superficial (leito da ferida visível). Lesão por pressão estágio III: perda da espessura total da pele (gordura visível). Não possui exposição de músculo, cartilagem ou osso (Never event). Lesão por pressão estágio IV: perda da espessura total da pele e tissular. Possui exposição de músculo, cartilagem ou osso (Never event).
Interpretação	O uso desse indicador permite que as instituições monitorem periodicamente este desfecho, promovendo análises críticas dos processos institucionais. Ele auxilia na identificação de lacunas em cuidados preventivos, contribuindo para a implementação de estratégias baseadas em evidências, como intervenções de enfermagem, avaliação de risco sistemática e uso de dispositivos de alívio de pressão. Alta incidência de casos pode sugerir falhas nos processos preventivos, como avaliações insuficientes de risco, indisponibilidade de recursos ou baixa adesão às melhores práticas. Baixa incidência pode refletir boas práticas de prevenção, mas também pode ser um indicativo de subnotificação ou documentação inadequada. A análise deve considerar o perfil dos pacientes atendidos, incluindo fatores de risco individuais, como comorbidades, mobilidade reduzida, idade avançada e estado nutricional.
Parâmetros	Dados de Incidência no Brasil entre os hospitais da Anahp, de 2020 a 2023: 2020: 1,68 ‰ 2021: 1,76‰ 2022: 1,44‰ 2023: 1,33‰ A incidência de lesões por pressão (LP) adquiridas em hospitais brasileiros varia conforme o perfil dos pacientes e o tipo de unidade de internação. Estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo identificou uma incidência de úlceras por pressão de 39,8% entre 211 pacientes considerados de risco. De acordo com dados da Anvisa, de janeiro a dezembro de 2023, foram notificados 64.433 casos de úlcera por pressão no Brasil, dado que reforça a importância do acompanhamento de tais indicadores para atuação preventiva.

Nome do indicador	Incidência de lesão por pressão adquirida no hospital em pacientes adultos (18 anos ou mais) (%)
Limitações e vieses	Critérios de exclusão – lesões não classificáveis: lesões com curativos ou sob dispositivos, que não podem ser removidos no momento da inspeção da pele, e o estágio da lesão não está documentado no prontuário do paciente. Feridas não causadas por pressão, como: dermatite associada à incontinência, úlceras arteriais, venosas, diabéticas, skin tear e queimaduras. Populações com maior gravidade clínica (exemplo: pacientes críticos, idosos, acamados) podem apresentar maior risco inerente. Diferenças na definição de lesões por pressão adquiridas no hospital, bem como na capacitação das equipes para avaliação, podem afetar a comparabilidade dos dados. Disponibilidade de recursos, protocolos institucionais e treinamento em prevenção podem influenciar a ocorrência de lesões.
Bibliografia	https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024 ; Manual de indicadores SINHA junho 2023. https://www.scielo.br/j/rlae/a/8n44LBqwnWswH5wq5Yzgnx/?lang=pt&utm_source=NOTA_TECNICA_GVIMS/GGTES/Anvisa_05/2023 Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão

VI. Incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora em UTI adulto (%)

Nome do indicador	Incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora em UTI adulto (%)
Conceito	Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto.
Fórmula de cálculo	(Total de ITUs em pacientes com CVD) / (Total de pacientes com CVD-dia) x 1.000
Numerador	Número de infecções do trato urinário em pacientes internados em unidade de terapia intensiva adulto em uso de cateter vesical de demora no mês.
Denominador	Número total de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto em uso de cateter vesical de demora-dia no mês.
Definição dos termos	Cateter vesical de demora (CVD): é um tubo de drenagem inserido na bexiga através da uretra e que permanece instalado. O cateter vesical de demora é conectado a uma bolsa coletora. Cateteres urinários permanentes que são usados para irrigação intermitente ou contínua também deverão ser incluídos na vigilância.
Interpretação	A análise deste indicador serve para orientar as medidas preventivas mais adequadas à realidade de cada hospital, como também viabiliza adotar medidas de prevenção para evitar infecções nas unidades de internação. Para reduzir a incidência de infecção, a literatura recomenda limitar ao mínimo necessário o tempo de sondagem vesical em pacientes internados (ANVISA; Revista Ass. Med Brasil 1999).
Parâmetros	Dados de Incidência no Brasil entre os hospitais da Anahp, de 2020 a 2023: 2020: 1,22% 2021: 1,35% 2022: 1,00% 2023: 0,71% A literatura destaca a importância de limitar ao mínimo necessário o tempo de uso de sondagem vesical em pacientes internados, como estratégia fundamental para a redução de infecções relacionadas a dispositivos. Dados da ANVISA, de 2022, apontam que a densidade de incidência de ITU associada à cateter vesical de demora (CVD) em UTI adulto foi de 3,22 casos por mil dispositivos-dia.

Nome do indicador	Incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora em UTI adulto (%)
Definição dos termos	A análise de indicadores como este, ajustados às características epidemiológicas de cada hospital, oferece uma base valiosa para a implementação de medidas preventivas direcionadas à redução da incidência de infecções. Além disso, fatores como a prevalência de comorbidades e o aumento do score de gravidade dos pacientes na admissão hospitalar são determinantes que elevam o risco de infecção hospitalar associada a dispositivos invasivos. Portanto, a qualidade e a efetividade das medidas preventivas adotadas nas UTIs são elementos cruciais para a gestão e melhoria dos serviços hospitalares, reforçando a importância de práticas baseadas em evidências e de protocolos bem estabelecidos.
Limitações e vieses	Critérios de inclusão: paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior. Critérios de exclusão: não são considerados como cateter vesical de demora: nefrostomia, cateteres suprapúbicos, dispositivo para incontinência urinária, cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateter utilizado para cateterização vesical intermitente. Diferenças nos critérios diagnósticos: a interpretação variável dos critérios de ITU entre instituições pode dificultar a comparabilidade dos dados. Instituições com vigilância mais rigorosa podem apresentar taxas aparentemente mais altas devido à detecção mais eficiente de casos.
Bibliografia	https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024;Nota-Tecnica-03_2025_Criterios-diagnosticos-de-IRAS-2025-02.01.2025-FINAL.pdf ; Manual de indicadores SINHA junho 2023. https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/consorcio-de-indicadores-de-qualidade-hospitalar

VII. Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI adulto (%)

Nome do indicador	Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI adulto (%)
Conceito	Avaliação da incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) no período em que os pacientes estiveram em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto.
Fórmula de cálculo	(Total de PAVs) / (Total de pacientes internados em UTI em ventilação mecânica) x 1.000
Numerador	Número de episódios de Pneumonia Associada à Ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapia intensiva no mês.
Denominador	Número total de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em ventilação mecânica-dia no mês.
Definição dos termos	A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) é uma infecção pulmonar que se desenvolve em pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva por, pelo menos, 48 horas. É a infecção nosocomial mais comum em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), com prevalência variável entre 6% e 50% das admissões na UTI. Ventilador mecânico: dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal.
Interpretação	A Incidência de PAV em UTI Adulto (%) mede o número de casos de PAV por mil pacientes-dia em ventilação mecânica. Este indicador é fundamental para avaliar a qualidade dos cuidados em UTIs, pois taxas elevadas podem indicar a necessidade de melhorias nas práticas de prevenção e controle de infecções. A análise deste indicador auxilia na identificação de áreas que requerem intervenções, como a adoção de protocolos de higiene oral, elevação da cabeceira do leito e avaliação diária da necessidade de continuidade da ventilação mecânica.
Parâmetros	Dados de incidência no Brasil entre os hospitais da Anahp, de 2020 a 2023: 2020: 5,27% 2021: 6,55% 2022: 4,44% 2023: 2,84%

Nome do indicador	Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI adulto (%)
Parâmetros	Os parâmetros para o indicador de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI Adulto (%) são fundamentais para padronizar o cálculo, monitorar a qualidade da assistência e orientar a implementação de medidas preventivas. De acordo com os dados da ANVISA (2022), a densidade de incidência de PAV em UTI adulto foi de 11,46 casos por mil ventiladores–dia, destacando a relevância de estratégias para prevenção. O principal objetivo é reduzir essa taxa por meio de protocolos baseados em evidências, como: Elevação da cabeceira do leito; Higiene oral com clorexidina; Sedação intermitente e avaliação diária da necessidade de permanência em ventilação mecânica.
Limitações e vieses	Critérios de inclusão: pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou esta havia sido removida no dia anterior. Critérios de exclusão: dispositivos de ventilação e expansão pulmonar que fornecem pressão positiva para as vias aéreas por meios não invasivos (por exemplo: máscara nasal, máscara facial, cateter de alto fluxo CPAP, BIPAP etc.) não são considerados ventiladores mecânicos, a menos que a pressão positiva seja fornecida por via aérea artificial (tubo endotraqueal oral / nasal ou tubo de traqueostomia). Comorbidades e gravidade do paciente: pacientes críticos têm maior propensão a desenvolver PAV.
Bibliografia	https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024; Nota-Tecnica-03_2025_Critérios–diagnósticos–de–IRAS–2025–02.01.2025–FINAL.pdf; Manual de indicadores SINHA junho 2023. https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos–prestadores–de–servicos–de–saude–1/consorcio–de–indicadores–de–qualidade–hospitalar https://www.scielo.br/jj/rbti/a/VBzLgVBfVHKhPGWw8cMPpnd

VIII. Taxa de infecção do sítio cirúrgico pós-cirurgia limpa

Nome do indicador	Taxa de infecção do sítio cirúrgico pós-cirurgia limpa
Conceito	A Taxa de infecção do sítio cirúrgico em cirurgias limpas é um indicador de qualidade assisten- cial utilizado para monitorar a ocorrência de infecções pós-operatórias em pacientes submeti- dos a procedimentos cirúrgicos classificados como “limpos”. Esses procedimentos são aqueles em que não há contaminação do campo cirúrgico e não existe inflamação ou infecção no local da cirurgia antes de sua realização.
Fórmula de cálculo	Numerador / Denominador X 100
Numerador	Número de infecções do sítio cirúrgico em cirurgias limpas.
Denominador	Número de cirurgias limpas.
Definição dos termos	Infecção do sítio cirúrgico: são infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos em pacien- tes internados ou ambulatoriais, sendo classificadas e definidas de acordo com os critérios de sítios específicos, no caso de infecção de órgão ou cavidade, descritos no manual de critérios diagnósticos de IRAS. Procedimento cirúrgico: ocorre quando há pelo menos uma incisão (incluindo abordagem laparoscópica e orifícios de broca craniana), realizada em um centro cirúrgico (sala de cirur- gia, sala de cesariana, ou sala de radiologia intervencionista), feita através da pele, membrana mucosa ou de uma incisão que foi deixada aberta durante um procedimento cirúrgico anterior. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica: As infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser ope- rado. A classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações: Cirurgias limpas: são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.

Nome do indicador	Taxa de infecção do sítio cirúrgico pós-cirurgia limpa
Definição dos termos	Cirurgias potencialmente contaminadas: são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa. Cirurgias contaminadas: são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria. Cirurgias infectadas: são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em apresentação de um sítio cirúrgico com grau de contaminação acima do esperado, por exemplo, contaminado ao invés de limpo, ocorre com pouca frequência, sendo, portanto, estatisticamente difícil para as instituições de saúde calcular taxas confiáveis de infecção segundo os vários níveis de contaminação e os distintos procedimentos cirúrgicos.(Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616/98).
Interpretação	A Taxa de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) pós-cirurgia limpa é um indicador utilizado para avaliar a qualidade da assistência em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos classificados como limpos. Esses procedimentos têm baixo risco de contaminação, pois não envolvem manipulação de tratos contaminados (respiratório, gastrointestinal, geniturinário ou orofaríngeo). Esse indicador possibilita monitorar a qualidade assistencial, avaliando fatores como técnica cirúrgica, ambiente operatório, processos de esterilização e adesão aos protocolos de segurança do paciente e identificar áreas de melhoria nos processos perioperatórios e pós-operatórios, visando reduzir complicações e melhorar os desfechos clínicos.
Parâmetros	Dados de incidência no Brasil entre os hospitais da Anahp, de 2020 a 2023: 2020: 0,42% 2021: 0,34% 2022: 0,40 % 2023: 0,41%

Nome do indicador	Taxa de infecção do sítio cirúrgico pós-cirurgia limpa
Parâmetros	Os dados de 2023 do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) de São Paulo indicam que os índices aceitáveis de infecção para cirurgias limpas podem variar de 1% a 5%. A mensuração de indicadores relacionados a essas infecções é fundamental para identificar a correlação entre as ações de prevenção, realizadas pela equipe hospitalar e seu impacto na ocorrência de infecções. A Taxa de infecção em sítio cirúrgico pós-cirurgia limpa é um indicador crucial para monitorar a segurança do paciente e a qualidade assistencial. No entanto, deve ser analisada com cautela, a comparação entre instituições deve considerar as diferenças estruturais, o perfil epidemiológico e a capacidade de vigilância de cada uma.
Limitações e vieses	Critérios de inclusão: infecção que ocorre até 30 dias após o procedimento cirúrgico ou até 90 dias se houver colocação de implante. Observações: 1. Caso a infecção envolva mais de um plano anatômico, contabilizar apenas o sítio de maior profundidade; 2. Considera-se prótese todo corpo estranho implantável não derivado de tecido humano (ex: válvula cardíaca protética, transplante vascular não humano, coração mecânico ou prótese de quadril), exceto drenos cirúrgicos; 3. Data da infecção = data procedimento cirúrgico. Condições de saúde prévias, como comorbidades (diabetes, obesidade, desnutrição) e idade avançada, podem aumentar o risco de ISC, independentemente da qualidade assistencial. A falta de padronização no período de vigilância (30 dias para cirurgias sem implantes e até 90 dias para cirurgias com implantes) pode impactar a comparabilidade dos dados.
Bibliografia	https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024;Nota-Tecnica-03_2025_Criterios-diagnosticos-de-IRAS-2025-02.01.2025-FINAL.pdf; Manual de indicadores SINHA junho 2023. https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/consorcio-de-indicadores-de-qualidade-hospitalar

IX. Incidência de quedas resultando em lesão de pacientes adultos (18 anos ou mais) internados (%)

Nome do indicador	Incidência de quedas resultando em lesão de pacientes adultos (18 anos ou mais) internados (‰)
Conceito	Indicador utilizado para medir a frequência de quedas ocorridas durante a internação de pacientes adultos (18 anos ou mais) que resultaram em lesões.
Fórmula de cálculo	(Total de quedas com dano em pacientes adultos) / (Total de pacientes-dia) x 1.000
Numerador	Número total de quedas de pacientes adultos internados, que resultaram em lesão, durante o mês.
Denominador	Número de pacientes-dia adultos, somatória do total de pacientes-dia do hospital no mês.
Definição dos termos	De acordo com a JCI, queda é a situação na qual o paciente vai ao chão de forma não intencional, podendo ser classificada de acordo com a gravidade dos danos causados a ele: menor (resultou na aplicação de curativos, de gelo, na limpeza de uma ferida, na elevação de um membro, em medicação tópica, contusões ou abrasão), moderada (resultou em sutura, aplicação de sutura adesiva/cola para a pele, tala ou distensão muscular ou das articulações), maior (resultou em cirurgia, modelagem, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou de outras estruturas/órgãos internos) e morte (o paciente morreu em virtude das lesões resultantes da queda).
Interpretação	Este indicador fornece a frequência com que os pacientes internados sofrem quedas que resultam em lesões, evidenciando o grau de segurança da instituição em relação ao risco de quedas e, conseqüentemente, ao risco de lesões relacionadas a essas quedas. Quanto menor o valor da incidência, melhor a instituição está em termos de prevenção de quedas e lesões associadas. Taxas elevadas podem indicar a necessidade de aprimorar protocolos de prevenção de quedas, como a implementação de medidas de segurança e estratégias de monitoramento mais eficazes.

Nome do indicador	Incidência de quedas resultando em lesão de pacientes adultos (18 anos ou mais) internados (‰)
Parâmetros	Dados de incidência no Brasil entre os hospitais da Anahp, de 2020 a 2023: 2020: 0,20‰ 2021: 0,17‰ 2022: 0,35‰ 2023: 0,23‰ Segundo dados da ANVISA, de janeiro a dezembro de 2023, foram notificados 32.356 casos de quedas de pacientes em todo o Brasil, número que pode estar subestimado devido à falta de notificação adequada por parte da equipe multidisciplinar. Ao analisar esse indicador, é importante considerar a premissa de que, quanto menor o número de eventos registrados, ou seja, quanto menor a incidência, melhor será a segurança do paciente e a eficácia das estratégias preventivas adotadas.
Limitações e vieses	Critérios de inclusão: quedas de pacientes que ocorrem durante permanência em unidade de internação, incluindo unidades intensivas e semi-intensivas, as quais devem informar quedas. Critérios de exclusão: quedas de visitantes, estudantes e membros da equipe. Quedas sem lesão. Subnotificação de quedas, ou seja, nem todas as quedas resultam em lesões visíveis ou imediatamente perceptíveis, o que pode afetar a consistência dos dados. Instituições com protocolos de vigilância mais rigorosos podem registrar mais quedas, o que não necessariamente reflete uma maior taxa de incidentes, mas sim uma maior conscientização e monitoramento.
Bibliografia	https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024; Nota-Técnica-03_2025_ Critérios-diagnósticos-de-IRAS-2025-02.01.2025-FINAL.pdf ; Manual de indicadores SINHA junho 2023. https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos- -prestadores-de-servicos-de-saude-1/consorcio-de-indicadores-de-qualidade-hospitalar ANVISA. Incidentes relacionados à assistência à saúde – Resultados das notificações realizadas no Notivisa – janeiro a dezembro de 2023 (por Estado). Disponível em: < https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relato- rios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023?b_start:int=0 >; https://www.into.saude.gov.br/busca?searchword=quedas&searchphrase=all

X. Taxa de reinternação hospitalar mensal

Nome do indicador	Taxa de reinternação hospitalar mensal
Conceito	Mensura a proporção de reinternações de pacientes em um período menor ou igual a 30 dias após a saída hospitalar, em relação ao total de pacientes internados no mesmo período.
Fórmula de cálculo	(Número total de readmissões em até 30 dias da última alta hospitalar) / (Número de saídas hospitalares) x 100
Numerador	Número total de readmissões em até 30 dias (<= 30 dias) da última alta hospitalar.
Denominador	Número de saídas hospitalares: somatória das altas, transferências externas e óbitos do hospital no mês.
Definição dos termos	Reinternação hospitalar: nova internação do mesmo paciente, na mesma instituição, em um período de 30 dias após a sua saída. 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. Alta médica: ato médico que determina finalização da assistência que vinha sendo prestada ao paciente, neste caso, representa a finalização da internação hospitalar. Evasão: saída do paciente da instituição sem autorização médica ou comunicação de saída.
Interpretação	Refere-se ao número de pacientes que foram reinternados na instituição em relação ao total de saídas do mês anterior ao mês de competência. Por exemplo: na competência de janeiro houve 1.000 internações. Destas, 50 reinternaram em até 30 dias após a alta. Desta forma, a competência de fevereiro será (50/1.000) x 100, ou seja, 5 reinternações a cada 100 internações do mês de janeiro. Altas proporções de reinternações podem ser reflexo das ações não resolutivas dos atendimentos aos pacientes.

Nome do indicador	Taxa de reinternação hospitalar mensal
Parâmetros	A classificação das reinternações se dá entre planejadas e eventuais. As reinternações planejadas são para dar prosseguimento terapêuticos e/ou avaliações diagnósticas, enquanto as eventuais podem ser agrupadas em evitáveis e não evitáveis. Retornos evitáveis podem ser considerados aqueles com menores tempos entre a primeira internação e a reinternação (Kossovsky e col., 1999). No trabalho apresentado por Dias (2015), a média de reinternação foi de 14,2% no período de 7 dias. Os dados apresentados na literatura para a reinternação de até 30 dias ficam entre 10,5 e 17,4% para grupos específicos cirúrgicos (Tsai, 2003). Em dados apresentados por hospitais de Toronto esse valor foi de 12,6% (Gruneir, 2002011), 16,7% em hospitais públicos de Hang Kong (Wong, 2011) e entre os beneficiários do Medicare, nos Estados Unidos, esse valor foi de 19,6% (Jencks, 2009). Acredita-se que a redução na taxa de reinternação é uma oportunidade de aumentar a atenção à saúde e ao mesmo tempo reduzir custos, muitos esforços estão voltados para a resolução de problemas visando a diminuição desta taxa. Porém, muitos fatores que levam a essa reinternação encontram-se fora do alcance dos hospitais, altas reinternações podem estar associadas à baixa mortalidade ou um bom acesso ao hospital (Joynt, 2012). A ANS considera a taxa de reinternação em até 30 dias, um indicador de qualidade hospitalar para a saúde suplementar. Taxas de referência para hospitais gerais giram em torno de 6% a 12%, dependendo do perfil e da complexidade do hospital. Comparações com estudos nacionais: Estudos em hospitais brasileiros mostram taxas médias de reinternação variando entre 8% e 15% para populações gerais, com números mais elevados em populações específicas (idosos, cardiopatas, oncológicos). Segundo o consórcio de indicadores de qualidade hospitalar – ficha técnica de indicadores Qualiss tem como referência de meta ≤ 20%.
Limitações e vieses	Para a análise deste indicador, deve-se levar em consideração alguns pontos importantes, como: Atenção na condição que o levou a reinternação, verificar se há relação com a internação anterior (nexo causal); A complexidade do hospital, pois hospitais com alta complexidade podem apresentar valores mais elevados por atenderem pacientes com patologias de maior complexidade; Condições socioeconômicas dos pacientes atendidos pela instituição, pois há fatores que se encontram fora do controle do hospital;

Nome do indicador	Taxa de reinternação hospitalar mensal
Limitações e vieses	Presença de rede assistencial de retaguarda; Reduzir o tempo de permanência hospitalar pode aumentar a chance de alta precoce, elevando o risco de reinternação.
Bibliografia	Manual de indicadores SINHA junho 2023. https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/qualidade-da-saude/fator-de-qualidade-dados-de-readmissao-hospitalar-devem-ser-informados-a-ans https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/consorcio-de-indicadores-de-qualidade-hospitalar

Quando a Unimed informar o interesse em participar da categoria Segurança para Todos, receberá acesso ao OneDrive.

A referência Anahp se manterá fixa por todo o período do programa. Os indicadores devem ser enviados mensalmente à Fesp. A análise será realizada em cada indicador de forma que pontue:

- 30: valor indicador < ou = referência Anahp;
- 20: referência Anahp < valor indicador < ou = Anahp x1,6;
- 10: referência Anahp x1,6 < valor indicador < ou = Anahp x1,8;
- 0: valor indicador > referência Anahp x 1,8.

Exemplo:

Anahp = 1,0;

- 30 pontos na análise mensal a se atingir 1,0 ou menos;
- 20 pontos na análise mensal a se atingir entre 1,01 e 1,6;
- 10 pontos na análise mensal a se atingir entre 1,61 e 1,8;
- 0 pontos na análise mensal a se atingir acima de 1,81.

Para o compartilhamento dos indicadores deverá ser utilizado Forms disponibilizado na sua pasta do SharePoint. Esse forms deve ser preenchido mensalmente e alimentará o Power BI com os dados de cada indicador. A cada

trimestre será realizado print e disponibilizado ao participante no SharePoint.

5. Parto adequado

As taxas de partos cesáreos sem indicação são muito acima do esperado. É necessária a movimentação de todos os envolvidos para mudar essa realidade. Diversas iniciativas são tomadas nessa direção. Temos aqui a oportunidade de divulgar para o Sistema Unimed estadual os bons resultados obtidos, demonstrando preocupação com a saúde da gestante e do recém-nascido, agregando valor ao cuidado oferecido a esse binômio. O compartilhamento de conhecimento disseminará boas práticas, e os bons resultados e a satisfação dos clientes serão consequências. O selo será disponibilizado para o recurso próprio ou prestador, após ciência e aceite da Singular.

5.1 Critérios



Critérios	 Ouro	 Prata	 Bronze
I – Indicadores de parto – % dentro dos critérios estabelecidos	Acima de 90% = 30 pontos	Entre 70% e 90% = 20 pontos	Abaixo70% = 10 pontos
II – Disponibilização de protocolos clínicos adequados (conforme AGREE)	3 protocolos = 30 pontos	2 protocolos = 20 pontos	1 protocolo = 10 pontos
III – Disponibilização de modelo de partograma	20 pontos		
IV – Percentual de partos vaginais em parturientes Robson 1–4	Acima de 30% = 100 pontos	Acima de 20 até 30% = 80 pontos	Acima de 10 até 20% = 50 pontos
V – % dos Eventos adversos notificados pela Unimed Fesp, respondidos em até 60 dias	100% = 30 pontos	Acima de 80 até 99% = 20 pontos	Acima de 70 até 80% = 10 pontos
VI – Comprovação de registro no Notivisa	100% = 30 pontos	Acima de 80 até 99% = 20 pontos	Acima de 70 até 80% = 10 pontos
VII – Disponibilização de documentos completos na Linkana – necessária classificação A ou B	30 pontos		
VIII – Participação nas ações educacionais disponibilizadas pela Unimed Fesp	100% = 30 pontos	Acima de 80 até 99% = 20 pontos	Acima de 70 até 80% = 10 pontos
IX – Adota modelos de remuneração baseada em valor	30 pontos		

5.2 Premiação

Selo + Curso – Experiência do paciente

Ouro = **280 – 330 pontos**
Prata = **190 – 270 pontos**
Bronze = **120 – 180 pontos**

5.3 Descrição de critérios

I. Indicadores de parto – % dentro dos critérios estabelecidos. Compartilhamento de indicadores, com metas definidas pela instituição inscrita no programa e validadas pela Unimed Fesp, com base em referências ANS, obrigatoriamente.

a) Percentual de partos vaginais

Nome do indicador	Percentual de partos vaginais (Partos vaginais)
Conceito	Percentual de partos realizados por via vaginal no período considerado
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de partos vaginais}}{\text{Total de partos (vaginal + cesáreo)}} \times 100$
Numerador	Total de partos vaginais no período considerado. Critérios de inclusão: Nascidos vivos de parto vaginal. Critérios de exclusão: Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; Abortos.
Denominador	Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados no período considerado. Critérios de inclusão: Todos os partos, cesáreos e vaginais, dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; Abortos.
Definição dos termos	Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal. Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno.
Interpretação	O resultado reflete a proporção de partos vaginais no período de interesse. A passagem do recém-nascido pelo canal de parto pode contribuir para as funções respiratórias e para o desenvolvimento de seu sistema imunológico. Além disso, o trabalho de parto estimula a liberação de ocitocina na mãe, favorecendo a amamentação. Quando bem indicada, a cesariana pode salvar vidas. Contudo, por ser um procedimento cirúrgico invasivo, a cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo para a mãe, como hemorragias e infecções. Estudos apontam ainda a possibilidade de consequências indesejáveis para os bebês, muitas das quais associadas ao risco de retirada do bebê do útero ainda com maturação incompleta (Martins-Costa et al., 2002; Villa et al., 2007; Souza et al., 2010; Leal et al., 2017).

Nome do indicador	Percentual de partos vaginais (Partos vaginais)
Interpretação	Este indicador representa um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, uma vez que elevadas proporções de partos cesáreos podem refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto vaginal (ANS, 2021).
Parâmetros	De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) taxas de cesarianas maiores que 10% em nível populacional não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal e, idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando necessária, do ponto de vista clínico. A média do percentual de partos vaginais no mundo, em 2018, foi de 78,9% do total de partos. Entre os países europeus, o percentual médio de partos vaginais foi de aproximadamente 72% dos partos, em 2018 (BETRAN et al., 2021). O setor suplementar de saúde brasileiro apresenta uma realidade única no mundo, com menos de 20% dos partos realizados por via vaginal, em 2021 (ANS, 2023). Já no Brasil como um todo (somando os setores público e privado de saúde), a proporção de partos vaginais entre os 2,7 milhões de partos realizados em 2021 foi de aproximadamente 43% (Brasil, 2023).
Limitações e vieses	A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da gestante e/ou do feto, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto. Este é, portanto, um recurso utilizável em situações preestabelecidas, ou emergenciais, durante a evolução da gravidez ou parto, onde existe algum tipo de risco de vida para a mãe, o neonato ou para ambos. Alguns fatores podem influenciar os dados deste indicador, como o modelo de assistência obstétrica adotado, condições socioeconômicas e da saúde da gestante, disponibilidade de recursos especializados (tecnologia e serviços).

b) Percentual de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto

Nome do indicador	Percentual de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto (Cesáreas antes do trabalho de parto)
Conceito	Percentual de partos realizados por meio de cirurgia cesárea, em momento anterior à entrada da gestante em trabalho de parto, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto}}{\text{Total de partos cesáreos}} \times 100$
Numerador	Total de partos cesáreos realizados antes do início do trabalho de parto, no período considerado. Critérios de inclusão: Nascidos vivos de parto cesáreo; Critérios de exclusão: Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; Abortos.
Denominador	Total de partos cesáreos realizados no período considerado. Critérios de inclusão: Nascidos vivos de parto cesáreo; Critérios de exclusão: Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; Abortos.
Definição dos termos	Parto cesáreo: procedimento cirúrgico no qual o conceito é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.
Interpretação	Possibilita a avaliação da proporção de partos realizados por meio de cirurgia cesárea, em momento anterior à entrada da gestante em trabalho de parto. O trabalho de parto abrange uma série de aspectos de relevância para a mãe e o bebê. A fisiologia do trabalho de parto sinaliza, por exemplo, às células do pulmão do recém-nascido que elas devem mudar da produção para a absorção de fluidos. Além disso, durante a passagem pelo canal vaginal ocorre compressão do tórax do bebê, levando a eliminação de líquidos das vias respiratórias, favorecendo o início do processo respiratório. Durante o trabalho de parto, ocorre ainda a colonização intestinal, de pele, boca e demais mucosas, com bactérias benéficas da microbiota materna (Moreira et al., 2004; PPA, 2016).

Nome do indicador	Percentual de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto (Cesáreas antes do trabalho de parto)
Interpretação	Estudos indicam que crianças nascidas por cesárea eletiva sem trabalho de parto têm prejuízo nas respostas imunológicas de curto prazo e possuem maior risco de desenvolver doenças como asma, alergias, diabetes tipo 1 e doença celíaca (Cho e Normam, 2013). Há que se considerar, ainda, que a data prevista para o parto em geral é uma estimativa que pode não ser exata, pela dificuldade recorrente em se determinar exatamente a data em que a gestante ficou grávida. Se o médico programou a indução do parto ou uma cesariana e a idade gestacional estiver equivocada em uma ou duas semanas, o bebê poderá nascer sem a devida maturação (PPA, 2016). A prematuridade representa um dos principais fatores de risco para o recém-nascido adoecer e morrer após o nascimento e no decorrer da infância e vida adulta (Leal et al., 2016; 2017). A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros; além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa, na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, como a necessidade de internação em UTI Neonatal (Ramos e Cuman, 2009).
Parâmetros	Idealmente, deve se aguardar o início do trabalho de parto, mesmo em casos de indicação de cesariana, salvo condições clínicas específicas (AMORIM et al., 2010; BRASIL, 2016). O início do trabalho de parto é um indicativo de que o feto está com a maturidade necessária para o nascimento.
Limitações e vieses	As variáveis que compõem o indicador não possibilitam identificar se houve indicação clínica para a realização do parto cesáreo antes do trabalho de parto.

c) Percentual de tipo de parto por Grupo de Robson

Nome do indicador	Percentual de tipo de parto por Grupo de Robson
Conceito	Percentual de partos por via vaginal e via cirurgia cesárea em cada um dos dez Grupos da Classificação de Robson, em determinado período.
Parâmetros	Nº de partos vaginais ----- x 100 Total de partos (vaginal + cesáreo) Calculados considerando cada um dos Grupos da Classificação de Robson: - Grupo 1 - Grupo 2 - Grupo 3 - Grupo 4 - Grupo 5 - Grupo 6 - Grupo 7 - Grupo 8 - Grupo 9 - Grupo 10 As fórmulas de cálculo estratificadas constam da tabela apresentada na sequência da presente Ficha Técnica. Obs.: Grupo de Robson 11 corresponde à classificação de Robson não identificada
Numerador	Total de partos vaginais ou total de partos cesáreos no período considerado. Critérios de inclusão: - Partos vaginais, dos nascidos vivos; - Partos cesáreos, dos nascidos vivos.

Nome do indicador	Percentual de tipo de parto por Grupo de Robson
Numerador	Critérios de exclusão: - Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; - Abortos.
Denominador	Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados no período considerado. Critérios de inclusão: - Todos os partos, cesáreos e vaginais, dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: - Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; - Abortos.
Definição dos termos	Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal. Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno.
Interpretação	O médico irlandês Michael Robson propôs, em 2001, uma classificação das gestantes a partir de 5 características básicas, coletadas de modo rotineiro nos partos: antecedente obstétrico, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional (OMS, 2015). Após revisão sistemática, a OMS concluiu que a denominada Classificação de Robson é a mais apropriada para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas e de partos vaginais ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais (OMS, 2015). Assim, dentre as potencialidades de uso dos dados da Classificação de Robson está a criação de estratégias para reduzir cesáreas desnecessárias nos grupos específicos de mulheres que mais contribuem para taxa geral de cesáreas. As características obstétricas abrangidas em cada um dos 10 Grupos de Robson são: - Grupo 1: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo; - Grupo 2: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; - Grupo 3: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo; - Grupo 4: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; - Grupo 5: Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas;

Nome do indicador
Interpretação
Parâmetros
Limitações e vieses

Percentual de tipo de parto por Grupo de Robson

- Grupo 6: Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica
- Grupo 7: Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es);
- Grupo 8: Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es);
- Grupo 9: Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es);
- Grupo 10: Todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

No quadro que segue, são correlacionadas as mencionadas características obstétricas de cada um dos dez grupos da Classificação de Robson.

Os Grupos de Robson 1 e 3 tendem a ser os mais favoráveis para o parto vaginal fisiológico. Os Grupos de Robson 2 e 4 envolvem a indução do trabalho de parto ou a realização de cesárea antes do início do trabalho de parto. Assim, a prática clínica baseada em evidências tende a reduzir a proporção dos Grupos de Robson 2 e 4 entre o total de gestantes. Já os Grupos de Robson 6 a 10 possuem menores chances de parto vaginal.

A correta classificação depende da adequada coleta das informações obstétricas necessárias. A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da gestante e/ou do feto, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto. Este é, portanto, um recurso utilizável em situações preestabelecidas, ou emergenciais, durante a evolução da gravidez ou parto, onde existe algum tipo de risco de vida para a mãe, o neonato ou para ambos.

Alguns fatores podem influenciar os dados deste indicador, como o modelo de assistência obstétrica adotado, condições socioeconômicas e da saúde da gestante, disponibilidade de recursos especializados (tecnologia e serviços).

 Grupo 1: nulíparas com feto único, cefálico, a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	 Grupo 2: nulíparas com feto único, cefálico, a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto
 Grupo 3: multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	 Grupo 4: multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto
 Grupo 5: todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico a 37 semanas	 Grupo 6: todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica
 Grupo 7: todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es)	 Grupo 8: todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es)
 Grupo 9: todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior (es)	 Grupo 10: todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es)

 Cesaria anterior
 Trabalho de parto espontâneo

Usa 6 conceitos obstétricos:

- Paridade (nulípara, multípara)
- Cesária (sim, não)
- Início do trabalho de parto (espontâneo, induzido, cesárea antes do trabalho de parto)
- Idade gestacional (termo, pré-termo)
- Apresentação fetal (cefálica, pélvica, transversa)

- Número de fetos (única ou múltipla)

A classificação é totalmente inclusiva e mutuamente exclusiva, ou seja, todas as gestantes são incluídas em apenas um dos 10 grupos.

Fórmulas dos cálculos consideradas para as estratificações do indicador:

Grupo de Robson	Fórmula de cálculo
1	$\frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 1}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 1}} \times 100$
2	$\frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 2}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 2}} \times 100$
3	$\frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 3}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 3}} \times 100$
4	$\frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 4}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 4}} \times 100$
5	$\frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 5}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 5}} \times 100$
6	$\frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 6}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 6}} \times 100$
7	$\frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 7}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 7}} \times 100$

Grupo de Robson
8
9
10

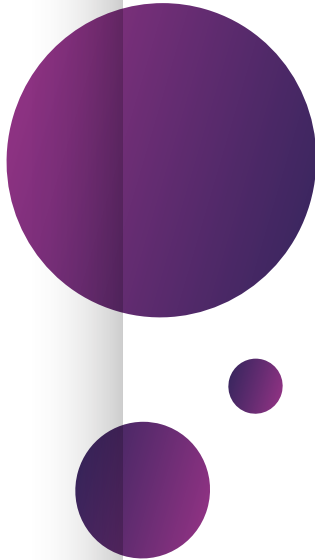
Fórmula de cálculo

$\frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 8}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 8}} \times 100$
$\frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 9}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 9}} \times 100$
$\frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 10}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 10}} \times 100$

Nome do indicador	PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º MINUTO DE VIDA
Conceito	Percentual de nascidos vivos cujos sinais de vitalidade no 5º minuto de vida indicam alguma dificuldade, de acordo com a Escala do Índice de Apgar, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de nascidos vivos com Apgar < 7 no 5º minuto de vida}}{\text{total de nascidos vivos}} \times 100$
Numerador	Total de partos vaginais ou total de partos cesáreos no período considerado.
Denominador	Total de nascidos vivos, considerando o total de Declarações de Nascido Vivo, independentemente do tipo de parto (vaginal, cesáreo ou ignorado), no período considerado.
Definição dos termos	Nascido vivo: expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva. Apgar <7 no 5º minuto de vida: O índice de Apgar corresponde a uma escala para mensurar as condições de saúde do recém-nascido, sendo que os valores menores que 7 apontam a existência de algum grau de dificuldade.
Interpretação	Este indicador é um importante sinalizador das condições de saúde do recém-nascido, possuindo associação com a morte neonatal. De acordo com as Diretrizes para o Parto Normal (Brasil, 2016) deve-se aferir de maneira rotineira o índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos de vida do recém-nascido. Os resultados do índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida indicam dificuldade do recém-nascido, de ordem leve a grave, refletindo condições adversas como a asfixia intraparto, por exemplo. Assim, o resultado do indicador está associado a fatores como as condições de saúde da gestante e do bebê, bem como a qualidade do pré-natal e das práticas obstétricas e neonatais no parto e nascimento (Lansky et al., 2014; Leal et al., 2017).

Nome do indicador	PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º MINUTO DE VIDA
Parâmetros	De acordo com a escala do Índice de Apgar para recém-nascidos, os valores mensurados correspondem às seguintes condições: 0 a 2 (dificuldade de ordem grave), 3 a 4 (dificuldade de grau moderado), Apgar 5 a 7 (dificuldade leve) e Apgar 8 a 10 (ótimas condições). De acordo com dados informados pelos estabelecimentos públicos e privados de saúde no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o percentual de nascidos vivos com Apgar entre 8 e 10 foi de 96% no Brasil em 2021 (BRASIL, 2023).
Limitações e vieses	O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da assistência prestada. Idealmente, a análise mais completa deveria considerar também outros tipos de desfechos, como peso ao nascer, morte e necessidade de internação em UTI neonatal. Possibilidade de que o valor do Apgar seja subestimado no parto vaginal e superestimado em bebês nascidos por cesariana (Manganaro et al., 1994).
Bibliografia	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo. Relatório de Recomendação. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016. http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf LANSKY et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf LEAL MDC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, et al. BMJ Open 2017;7:e017777 Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil 89. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789 MANGANARO R, MAMÌ C, GEMELLI M. The validity of the Apgar scores in the assessment of asphyxia at birth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1994 Apr;54(2):99-102. doi: 10.1016/0028-2243(94)90245-3. PMID: 8070606. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8070606/ SCHARDOSIM JM et al. Av Enferm. 2018;36(2):197-208. Parâmetros utilizados na avaliação do bem estar do bebê no nascimento. http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n2/0121-4500-aven-36-02-197.pdf SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ – SES/PR. Caderno de Atenção à Saúde da Criança Recém-nascido de Risco. http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/opdf1.pdf

Nome do indicador	PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM PESO < 2.500G (BAIXO PESO)
Conceito	Proporção de nascidos vivos com menos de 2.500g ao nascer (baixo peso) no período considerado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de nascidos vivos com menos de 2.500g}}{\text{total de nascidos vivos}} = 100$
Numerador	Nascidos vivos com menos de 2.500g ao nascer (baixo peso), no período considerado.
Denominador	Total de nascidos vivos, considerando o total de Declarações de Nascido Vivo, independentemente do tipo de parto (vaginal, cesáreo ou ignorado), no período considerado.
Definição dos termos	Nascido vivo: expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.
Interpretação	O peso ao nascer é um parâmetro utilizado internacionalmente para avaliar as condições de saúde do recém-nascido. O baixo peso ao nascer (<2.500g) é um dos principais fatores para análise do risco de morte neonatal, sendo considerado o fator isolado mais influente na sobrevivência nos primeiros anos de vida. Além do risco de morte, o baixo peso ao nascer correlação com outras consequências para a saúde do feto, a curto e a longo prazo (Ferraz e Neves, 2011; Tourinho e Reis, 2013; Lansky et al., 2014; Leal et al., 2017).



Nome do indicador	PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM PESO < 2.500G (BAIXO PESO)
Parâmetros	De acordo com dados informados pelos estabelecimentos públicos e privados de saúde no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o percentual de nascidos vivos com peso < 2.500g (baixo peso) em 2021 no Brasil foi de 8,93% (BRASIL, 2023).
Limitações e vieses	Impossibilidade de identificar pelo resultado do indicador o motivo do baixo peso ao nascer.
Bibliografia	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/ . Acesso em 20 set 2023. FERRAZ TR, NEVES ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. Rev Gaúcha Enferm, 2011 mar; 32(1):86-92. LANSKY et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192- S207, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf LEAL MDC, ESTEVES-PEREIRA AP, NAKAMURA-PEREIRA M, et al. BMJ Open 2017;7:e0177Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. TOURINHO, AB; REIS, LBSM. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. Com. Ciências Saúde. 2013; 22(4):19-30



Para o compartilhamento dos indicadores deverá ser utilizado Forms disponibilizado na sua pasta do SharePoint. Esse forms deve ser preenchido mensalmente e alimentará o Power BI com os dados de cada indicador. A cada trimestre será realizado print e disponibilizado ao participante no SharePoint.

Quando o resultado do indicador estiver fora da meta, o hospital deverá informar a análise e Plano de Ação desenvolvido. Não serão aceitos indicadores em outros formatos. Será analisado:

- Se apresenta os indicadores da lista descrita acima;
- Em caso de resultados fora da meta estabelecida, qual plano de ação foi desenvolvido e implantado.

II. Disponibilização de protocolos clínicos: critério de análise: quantidade (3) e qualidade (AGREE).

Devem ser apresentados, no mínimo, 3 dos protocolos abaixo:

- Protocolo com critérios clínicos para as cesarianas durante o trabalho de parto por distócia

ou outra intercorrência;

- Protocolos e diretrizes clínicas de atenção ao trabalho de parto e ao parto baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência;
- Protocolos e diretrizes clínicas de pós-parto e de atenção neonatal baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência;
- Protocolo de hemorragia pós-parto;
- Protocolo de movimentação segura mãe/recém-nascido;
- Protocolo de prevenção da infecção por Streptococcus B.

Observação: serão analisados quanto à sua base em evidências e adequação à ferramenta Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation, AGREE II (adaptado) – modelo em anexo I. A análise será devolvida ao prestador de forma a existir tempo hábil para ajuste, caso seja enviada em até 3 meses do início do programa.

III. Disponibilização de modelo de partograma

Segundo ANS, “o partograma é um documento gráfico no qual devem ser efetuados os registros do desenvol-

vimento do trabalho de parto e das condições maternas e fetais”.

IV. Percentual de Partos Vaginais em parturientes Robson de 1 a 4

Cálculo será realizado considerando as informações fornecidas no item I.

V. % dos Eventos adversos notificados pela Unimed Fesp, respondidos em até 60 dias

As informações deste critério serão fornecidas pelo Núcleo de Segurança do paciente da Fesp. Para ser considerada, a resposta ao Evento adverso deve estar completa, conforme padrão solicitado pelo Núcleo de Segurança do Paciente da Fesp. Serão considerados todos os Eventos Adversos notificados do CNPJ inscrito.

VI. Comprovação de registro no Notivisa

A estrutura deverá enviar comprovante de registro no Notivisa. Deve ser enviada, no mínimo, a evidência de 1 registro a cada 3 meses. A evidência deve, claramente, mostrar qual prestador que está realizando o registro e qual tipo de registro foi realizado. Enviar evidência do registro e não apenas dos protocolos de envio.

“Notificações em vigilância sanitária – Objetivo: notifi-

car é comunicar a ocorrência de eventos, problemas ou situações associadas a produtos e serviços. Podem ser notificados para a Anvisa eventos adversos e queixas técnicas sobre produtos e serviços relacionados à vigilância sanitária. A sua notificação ajuda a Agência a tomar medidas de proteção e promoção à sua saúde. (9) ANS – Qualiss”

VII. Disponibilização de documentos completos na Linkana

As Unidades participantes do Programa Valoriza deverão disponibilizar seus documentos na ferramenta Linkana, de acordo com a PL 014 Política de Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde – <https://www.unimed.coop.br/site/web/unimedfesp/qualificacao-da-rede-prestadora>. A Linkana classifica as estruturas de acordo com a disponibilização de documentos e compliance. Para pontuar a estrutura deve ter classificação A ou B.

VIII. Participação nas ações educacionais disponibilizadas pela Unimed Fesp

Estas ações têm controle de acesso que envolvem Segurança do Paciente. Desta forma, a Unimed Fesp pode consultar os profissionais que as procuram. Para atender a esse critério, a Unimed Fesp verificará a participação nas

ações do período do programa, identificadas pelo nome/ CNPJ do participante do Valoriza, conforme porcentagem de participação estabelecida.

IX. Adota modelos de remuneração baseada em valor

O prestador deverá apresentar, caso existam, modelos de remuneração baseada em valor negociados formalmente. Nos casos em que o hospital, em acordo com a Singular responsável pela contratação, tenha interesse e/ou não apresente modelos de remuneração baseada em valor, a Unimed Fesp poderá fechar acordo operacional com a Singular para que sejam implantados modelos RBV no atendimento aos beneficiários da Unimed Fesp nesta estrutura.

A implantação do modelo deve ocorrer até julho de 2026. A data será verificada na evidência formal apresentada. Referência para Modelos de Remuneração baseados em Valor: [guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf](#)

6. Orientações e responsabilidades

A Unimed Fesp lançará o programa em várias mídias

(e-mail, mídia social, comunicações externas etc). As Singulares interessadas em participar deverão entrar em contato pelo e-mail evs@unimedfesp.coop.br, demonstrando seu interesse e divulgando o programa aos seus prestadores.

Se algum prestador NÃO Recurso Próprio entrar em contato direto com a Unimed Fesp, a mesma contatará a Unimed local solicitando sua autorização para incluir o prestador no programa. Todas as documentações de cada um dos critérios deverão ser enviadas conforme orientação. O acesso será restrito à equipe avaliadora e aos indicados pelas instituições participantes, mantendo a confidencialidade e a segurança conforme rege a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Os prazos de envio deverão ser rigorosamente cumpridos.

Os premiados terão seu nome informado em várias mídias, tendo para isso assinado termo de participação no programa com autorização de uso da imagem. A premiação será realizada em evento a ser definido, com ampla cobertura. A Singular ou prestador poderá enviar representante ao evento ou solicitar à Unimed que realize a sua representação.

6.1 Vigência

A vigência do programa será anunciada no portal da Unimed Fesp, contemplando os prazos de inscrição, duração, e finalização do programa com divulgação dos premiados.

6.2 Orientações para participação

A Unimed Fesp comunicará a abertura das inscrições em várias mídias com as devidas orientações para envio dos indicadores e prazos. Os interessados em participar do Programa Valoriza deverão contatar a área de Qualificação de Redes pelo e-mail: evs@unimedfesp.coop.br. Após contato receberão documentação a ser preenchida e, posteriormente, login e senha para acesso ao Sharepoint, Forms e ferramenta Linkana.

6.2.1 Primeira Fase – Inscrição

Preenchimento de documentação de aceite à participação no programa e envio do login e senha ao participante. O documento de inscrição deverá ter todos os campos obrigatórios preenchidos, como: nome e contato de 2 (dois) responsáveis pelo projeto, telefone celular e cargo dentro da instituição. O login e senha são medidas de segurança e proteção das informações, limitando o acesso exclusivamente aos responsáveis por compartilhar as informações e à equipe avaliadora.

Após finalizar e enviar o documento de inscrição, a instituição inscrita receberá um e-mail de confirmação. Caso não seja Recurso Próprio da Unimed, o documento de inscrição será enviado à Singular de referência para aceite da diretoria.

Recebido o aceite da Singular, a Unimed Fesp disponibilizará link para acesso ao Sharepoint/Linkana, em que estará disponível o acesso ao forms para preenchimento dos indicadores, de acordo com cada premiação. Os documentos solicitados deverão ser postados em cada selo.

Caso a descrição não esteja em acordo com os critérios estabelecidos e com a análise da Unimed Fesp, a instituição poderá ser contatada para realizar uma revisão de documentos em prazo estabelecido.

Se o prazo da revisão, informado por e-mail não for cumprido, a instituição será desclassificada. Poderão participar desta premiação somente os inscritos nos prazos estabelecidos.

Os prazos estabelecidos para envio dos documentos e indicadores devem ser rigorosamente seguidos, ficando a cargo da Unimed Fesp realizar apenas 1 (um) contato de aviso quanto ao não cumprimento do prazo pré-estabelecido. Obs.: serão considerados desclassificados os documentos enviados após o término do prazo.

Todos os participantes deverão, obrigatoriamente, seguir as instruções quanto ao uso da ferramenta Sharepoint/Linkana, sendo de responsabilidade da Unimed Fesp garantir o funcionamento e o acesso dos participantes.

6.2.2 Segunda Fase – Análise, classificação e divulgação dos finalistas

Após o envio das informações, os jurados analisarão e selecionarão os premiados do Programa Valoriza. Os

dados apresentados serão analisados pela banca julgadora em prazo estabelecido nas comunicações realizadas. Serão avaliados os quesitos descritos anteriormente em cada categoria.

6.2.3 Fase final – Divulgação finalistas

Os nomes dos premiados serão divulgados no prazo pré-estabelecido por meio de e-mail a todos os participantes premiados e Singulares de referência dos premiados. Após a divulgação dos finalistas, eles participarão:

- Do evento para recebimento de premiação. Local: a definir. Os prestadores assistenciais poderão enviar 1 (um) representante e, a critério da Singular de referência, ser acompanhados por ela;
- De divulgação em mídias.
- Os custos de passagem aérea, hospedagem e alimentação são totalmente por conta da instituição participante. A Unimed Fesp não se responsabilizará por emissão de passagens, reservas de hotel ou alimentação dos

responsáveis pelos projetos.

- Caso o participante vencedor não possa desfrutar ou “abra mão” do prêmio, o direito à premiação desta instituição específica será cancelado.

6.3 Condições gerais

No momento da inscrição, os participantes concordam em ceder, gratuitamente, os direitos de uso de sua imagem e de som da voz, sem qualquer ônus para as empresas idealizadoras, para uso exclusivo na divulgação deste prêmio, por meio de qualquer tipo de mídia e/ou peças promocionais, pelo período de 12 (doze) meses, contados da data de divulgação dos resultados. Com a confirmação da participação, os candidatos assumem que:

- Aceitam e cumprem o regulamento para premiação;
- Aceitam a divulgação da premiação pela Unimed Fesp;
- Se responsabilizam por reclamações sobre a propriedade intelectual ou uso e informações de domínio privado;

- Deverão entregar informações adicionais, relevantes à premiação, solicitadas durante todo o processo de análise.

Este regulamento contém os requisitos para a inscrição de experiências/ projetos e inclui recomendações para elaboração e desenvolvimento do material que será avaliado.

7. Definições

Diretrizes clínicas: recomendações desenvolvidas de forma sistemática, com o objetivo de auxiliar profissionais e pacientes na tomada de decisão, em relação à alternativa mais adequada para o cuidado de sua saúde em circunstâncias clínicas específicas (Field, Lohr e Institute of Medicine, 1990). São desenvolvidas com o objetivo de sintetizar as evidências científicas em relação à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, sistematizando o conhecimento científico em relação a determinado agravo e propondo recomendações para o atendimento efetivo e seguro dos pacientes nas condições clínicas explicitadas. As diretrizes clínicas, deste modo, são mais completas e detalhadas e devem ser

atualizados a cada três anos. Os protocolos clínicos são adaptações das recomendações e orientações das diretrizes para os serviços em particular e definem fluxos de atendimento e algoritmos voltados para garantir o melhor cuidado em determinado serviço de saúde. Fixam-se os protocolos clínicos numa parte do processo da condição ou doença e, em geral, num único ponto de atenção à saúde (Mendes, 2007). (1)

Protocolos clínicos (definição 1): rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas, a partir do conhecimento científico atual, respaldado em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma dada área, e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (Werneck et al., 2009, apud Araújo, 2011).(1)

Protocolos clínicos (definição 2): Conjunto de diretrizes, de estratégias, de critérios e de pautas, provenientes de uma revisão sistemática da evidência científica disponível e de uma avaliação profissional, apresentado de maneira estruturada e elaborada com o objetivo de ajudar os profissionais de saúde e os pacientes em suas decisões.

Nota: nos protocolos clínicos, são estabelecidos claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado, com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados e a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos (Ministério da Saúde, 2005). (1)

Protocolos básicos de segurança do paciente: são instrumentos para a implantação de medidas voltadas para a segurança do paciente. A Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente. (2).

8. Anexo I

AGREE II –Adaptado – Unimed Fesp

- 1. Os objetivos gerais especificamente descrito(s).
- 2. A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz/protocolo se destina encontra-se especificamente descrito.
- 3. A equipe de desenvolvimento da diretriz/protocolo inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.
- 4.Os usuários-alvo do protocolo/ diretriz estão claramente definidos.
- 5. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.
- 6. A diretriz/protocolo foi revisado pelo Nucleo Segurança do Paciente/ Qualidade antes da sua publicação.
- 7. Estão descritos os métodos, data do protocolo/diretriz, atualização do documento.
- 8. As recomendações-chave são facilmente identificadas. (quadros sintéticos, digitada em negrito, sublinhada ou apresentada como fluxograma ou algoritmo, imagens ilustrativas, links para manuais com passo-a-passo, guia de referência rápida).
- 9. Critérios de monitoramento e/ou auditoria. (Descrição ou definições operacionais sobre como os critérios devem ser medidos).

Premissas Fesp

Não avalia sistemas de saúde e tecnologia em saúde.

Objetivos:

Analisar a aplicabilidade dos protocolos e/ou diretrizes clinicas.

Promover o planejamento e desenvolvimento de metodologias padronizadas.

Referência:

https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Brazilian_Portuguese.pdf

9. Referências

<https://www.saude.rj.gov.br/vigilancia-sanitaria/seguranca-do-paciente/protocolos-de-seguranca-do-paciente>

<https://bvsms.saude.gov.br/>

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1>

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes>

<https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2024>



