



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**DIRETRIZES DE PADRONIZAÇÃO DE NOMECLATURA E  
INDICADORES DO MONITORAMENTO ASSISTENCIAL  
DOS CONTRATOS DE GESTÃO COM ORGANIZAÇÃO  
SOCIAL EM SAÚDE, FUNDAÇÃO E CONVÊNIOS**

**Versão 2.0**

**2024**



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO**

Miguel Paulo Duarte Neto

**SUBSECRETARIA DE ESTADO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE**

Alexandre Aquino de Freitas Cunha

**GERÊNCIA DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE DA REDE PRÓPRIA**

Graziela Simone Marques

**NÚCLEO ESPECIAL DE CONTROLE, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE CONTRATOS**

Hudson Bremenkamp Miranda



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**ELABORAÇÃO**

Ana Paula Kuster De Carvalho

Andreia Salezze Vieira

Eliane Aparecida Crevelari Dadalto Mendonça

Hélida Bodart de Oliveira

Iara Cristina Lage

Jeane Cristina Batista Pessoa Da Silva

Katty Maribell Gonzales Flores

Kleison Oliveira Ferreira

Laís Engelhardt Costa

Letícia Jorge de Freitas

Mônica Braga Ronchetti Ferri

Neimar Hubner Leite Loriato

Raquel Alves da Costa Chiesa

Sheila de Souza Bourguignon

Suzane Fardin Magalhães Zamprogno

Tassiana Guerzet Grouiou Gasperazzo

Telma Pereira Salomão

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2.</b>	<b>TERMOS E DEFINIÇÕES.....</b>	<b>10</b>
<b>3.</b>	<b>SISTEMA DE INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>4.</b>	<b>GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES.....</b>	<b>13</b>
4.1	Sobre Movimento de Pacientes.....	13
4.2	Sobre a Classificação dos Leitos.....	15
4.3	Sobre as Medidas Hospitalares.....	16
<b>5.</b>	<b>COMISSÕES E COMITÊS.....</b>	<b>17</b>
5.1	Comissão de Revisão de Prontuários.....	17
5.2	Comissão de Revisão de Óbitos .....	18
5.3	Comissão de Transplante e Captação de Órgãos – CIHDOTT.....	19
5.4	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.....	19
5.5	Comissão de Ética Médica .....	20
5.6	Comissão de Ética Enfermagem .....	20
5.7	Comissão de Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde .....	21
5.8	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio – CIPAA ..	21
5.9	Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesão de Pele .....	22

5.10	Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	22
5.11	Comitê Transfusional .....	22
5.12	Comissão de Terapia Nutricional .....	23
5.13	Comissão de Cuidados Paliativos .....	23
5.14	Comissão de Proteção Radiológica .....	23
5.15	Núcleo de Educação Permanente .....	23
5.16	Núcleo de Segurança do Paciente.....	24
5.17	Grupo de Trabalho de Humanização.....	24
5.18	Núcleo de Vigilância Epidemiológica.....	25
<b>6.</b>	<b>INDICADORES HOSPITALARES.....</b>	<b>25</b>
6.1	CIRURGIAS REALIZADAS .....	25
6.2	PARTOS.....	25
6.3	MORTALIDADE OPERATORIA POR ASA .....	26
6.3.1	Avaliação Anestésica – ASA.....	26
6.3.2	Número de óbitos até 7 dias .....	26
6.4	CONTROLE DE MORTALIDADE OPERATÓRIA.....	26
6.4.1	Número de Óbitos até 7 dias após procedimento cirúrgico.....	26
6.4.2	Número total de pacientes operados.....	27
6.5	MORTALIDADE INTRAHOSPITALAR NEONATAL.....	27
6.6	CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	27



6.6.1	Número de Infecções Hospitalares .....	27
6.6.2	Número de Infecções de Corrente Sanguínea em pacientes com Cateter Venoso Central – CVC /Umbilical.....	27
6.6.3	Número de pacientes-dia com CVC/Umbilical.....	27
6.6.4	Número de Pneumonia em pacientes com ventilação mecânica.....	28
6.6.5	Número de pacientes-dia com ventilação mecânica.....	28
6.6.6	Número de pacientes com infecção de Sítio Cirúrgico em cirurgias limpas .....	28
6.7	AMBULATÓRIO.....	28
6.7.1	Escala Médica Ambulatorial por especialidade.....	28
6.7.2	Tempo médio de retorno pós-operatório por especialidade.....	28
6.7.3	Número de consultas realizadas por especialidade e tipo (retorno/follow-up).....	28
6.7.4	Número de consultas ofertadas para a Rede Estadual.....	29
6.8	SADT EXTERNO.....	29
6.8.1	Número de exames disponibilizados.....	29
6.8.2	Número de exames agendados.....	29
6.8.3	Número de exames realizados .....	29
<b>7.</b>	<b>DEFINIÇÕES E FÓRMULA DE CÁLCULO.....</b>	<b>29</b>
7.1	INDICADORES HOSPITALARES.....	29
7.1.1	Taxa de mortalidade operatória [%] (SIPAGEH/CQH).....	29



7.1.2	Infecção Hospitalar relacionada à assistência à saúde (SIPAGEH/CQH).....	30
7.1.3	Densidade de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde – IRAS em UTI.....	30
7.1.4	Densidade de IPCS laboratorial associada à CVC na UTI.....	30
7.1.5	Taxa de Utilização de CVC em UTI.....	31
7.1.6	Densidade de infecção pulmonar relacionada à Ventilação Mecânica	31
7.1.7	Taxa de utilização de VM na UTI.....	32
7.1.8	Taxa de cesariana em primípara [%] (SIPAGEH/ CQH).....	32
7.1.9	Taxa de suspensão de cirurgia eletiva.....	33
7.1.10	Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas.....	33
7.1.11	Identificação da origem do paciente.....	34
7.2	INDICADORES AMBULATORIAIS E SADT EXTERNO.....	34
7.2.1	Taxa de perda primária [%].....	34
7.2.2	Taxa de absenteísmo [%].....	35
7.2.3	Índice de retorno.....	35
7.3	INDICADORES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	36
7.3.1	Classificação de Risco.....	36
7.4	ATENÇÃO AO USUÁRIO.....	36
7.4.1	Satisfação do Usuário.....	37

7.4.2	Resolução de Reclamações.....	38
7.4.3	Tempo de resposta $\leq$ 10 dias para conceder feedback ao usuário .....	38
7.5	DISPOSITIVOS DE HUMANIZAÇÃO .....	39
7.6	INFORMAÇÃO E DIREITO DOS USUÁRIOS .....	39
<b>8.</b>	<b>PAINEL DE INDICADORES ASSISTENCIAIS.....</b>	<b>39</b>
8.1	INDICADOR HOSPITALAR DE DESEMPENHO.....	39
8.1.1	Taxa de ocupação operacional [%] (SIPAGEH/CQH).....	40
8.1.2	Tempo médio de permanência [dias] (SIPAGEH/CQH).....	40
8.1.3	Índice de intervalo de substituição de leitos [dias] (SIPAGEH/CQH)...	41
8.1.4	Índice de rotatividade [giro] (SIPAGEH/CQH).....	42
8.2	INDICADOR HOSPITALAR DE EFETIVIDADE.....	42
8.2.1	Taxa de mortalidade institucional [%] (SIPAGEH/CQH) .....	42
8.3	INDICADOR HOSPITALAR DE GESTÃO DE PESSOAS .....	43
8.3.1	Índice de rotatividade de funcionários [turnover] (CQH).....	43
8.3.2	Relação funcionário por leito (CQH).....	44
8.3.3	Relação enfermeiro por leito (CQH) .....	44
8.3.4	Relação de enfermagem por leito (CQH).....	45
8.3.5	Taxa de médico especialista [%] (CQH).....	45
<b>9.</b>	<b>APENDICE.....</b>	<b>46</b>
<b>10.</b>	<b>FONTE BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>47</b>



## 1. APRESENTAÇÃO

As Organizações Sociais em Saúde – OSS e Fundação Pública fazem parte de um novo modelo de gestão de serviços de relevância pública – previsto na Lei Complementar Estadual nº 993 de 27 de dezembro de 2021. Esse modelo de gestão permite ao Estado do Espírito Santo a publicização de serviços públicos não exclusivos de Estado às entidades do terceiro setor, que são regidas pelo direito privado e sem fins lucrativos, a responsabilidade de gerenciar projetos, serviços e espaços públicos, seguindo as definições de políticas públicas determinadas pelo governo.

A Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba – Foi criada em 05 de março de 2020 pelo Governo do Estado do Espírito Santo, por meio do Decreto Nº 4585-R. O modelo de gestão fundacional é pública com personalidade jurídica de direito privado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, conforme autoriza a Lei Complementar Nº 924 de 17 de outubro de 2019, e em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com fundamento na Constituição Federal de 1988, em especial no seu artigo 196 e Constituição Estadual de 1989.

No estado de Espírito Santo a Secretaria de Saúde possui os dois modelos de contratos com os entes públicos.

Ao transferir tais serviços, o Estado delega seu papel de executor/prestador e passa a exercer seu lado indutor, regulador e financiador das políticas públicas, somando a sua capacidade à expertise de execução dos serviços acumulada pelas entidades do terceiro setor.

Cabe ressaltar que, ao transferir a gerência de serviços para entidades qualificadas como Organizações Sociais e Fundação, o administrador público permanece com a responsabilidade de definir a política pública de cada área específica bem como com a tarefa de monitorar e avaliar os resultados das atividades desempenhadas pelas entidades, pois, apesar de destinar a execução direta dos serviços, o Poder Público mantém o dever de garantir que sejam prestados na quantidade e qualidade apropriada.

No que se refere a prestação de contas, e de acordo com a Constituição Federal, prestará contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiro, bens e valores públicos. Desse modo, as OSS e Fundação

Pública têm o dever de prestar contas relativas aos recursos públicos utilizados na execução dos serviços contratados. (LC 993/2021 e LC 924/2019 e Decreto 4585-R/2020).

O objetivo deste documento é padronizar a nomenclatura utilizada na assistência, no Contrato de Gestão de OSS e da Fundação Pública e Convênios, na prestação de contas assistencial.

Por fim, ressalta-se que as orientações contidas neste documento não são exaustivas e visam, tão somente, a tornar os procedimentos de monitoramento e avaliação da execução dos Contratos de Gestão da OSS, Fundação Pública e Convênios mais ágeis e objetivos.

## 2. TERMOS E DEFINIÇÕES

### **AVALIAÇÃO**

- Identificar, aferir, analisar, comparar os objetivos propostos às metas alcançadas a fim de constatar progressos ou dificuldades para reorientar o trabalho e fazer as correções necessárias. Interpretar os dados atingidos, quantitativos e qualitativos, e compará-los em relação a um padrão de desempenho.

### **COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

- É a instância responsável pelo acompanhamento, controle e avaliação dos resultados alcançados pela Organização Social de Saúde e Fundação, previstos nos respectivos Contratos de Gestão da OSS e da Fundação firmados com a Secretaria Estadual de Saúde, nomeados por Portaria.

### **CONTRATO DE GESTÃO**

- É um instrumento que estabelece a relação entre o Governo Estadual e a OSS, efetivando a transferência do gerenciamento dos serviços e atividades para a OSS, assegurando o caráter público à entidade de direito privado, e também autonomia administrativa e financeira. Ele define as responsabilidades da Contratante (Parceiro Público) e da Contratada (Parceiro Privado), as metas quantitativas e qualitativas a serem alcançadas, bem como os indicadores de avaliação de desempenho, alvos dos processos de acompanhamento no cotidiano. Tais processos possibilitam assegurar

que a unidade está apresentando os resultados planejados, de modo que, eventuais desvios possam indicar os redirecionamentos das ações pelos entes e pela entidade.

### **CONVÊNIO FUNDACIONAL**

- É um instrumento que estabelece a relação entre o Governo Estadual e a Fundação, efetivando a transferência do gerenciamento dos serviços e atividades para a Fundação Inova Capixaba, assegurando o caráter público à entidade pública de direito privado, e também autonomia administrativa do patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção e funcionamento custeado por recursos públicos diretos do Tesouro do Ente que a instituiu e/ou de outras fontes. Ele define as responsabilidades da Contratante (Parceiro Público) e da Contratada (Parceiro Público com direito privado), as metas quantitativas e qualitativas a serem alcançadas, bem como os indicadores de avaliação de desempenho, alvos dos processos de acompanhamento no cotidiano. Tais processos possibilitam assegurar que a unidade está apresentando os resultados planejados, de modo que, eventuais desvios possam indicar os redirecionamentos das ações pelos entes e pela entidade.

### **CONVÊNIO**

- É um instrumento de prestação de serviço entre o poder público e entidades públicas ou privadas para a realização de objetos de interesse comum, mediante mútua colaboração.

### **INDICADOR**

- É uma medida de ordem quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado.

### **META**

- É o resultado a ser atingido conforme estabelecida no contrato/convênio. É o produto que se pretende alcançar de acordo com o objetivo ou a finalidade do contrato.



## **OBJETIVO**

- É a descrição clara e específica do que se pretende alcançar com a execução do serviço contratado.

## **MONITORAMENTO**

- É o acompanhamento contínuo, cotidiano, por parte dos entes, sendo estes a SESA e as entidades, com o objetivo de avaliar a execução das atividades e obrigações contratuais pactuadas.

## **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**

- É o órgão responsável pela Gestão do Sistema Único de Saúde no Estado.

## **RELATÓRIO ASSISTENCIAL**

- É o documento emitido pela Comissão de Monitoramento e Avaliação sobre a execução do objeto do Contrato ou Convênio de Gestão baseado na Prestação de Contas entregue pela entidade, conforme estabelecido no contrato/convênio. (Relatório Mensal, Trimestral, Semestral, Anual, IN-42, Conclusivo e demais relatórios pertinentes ao processo de trabalho).

## **PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL**

- É o conjunto de documentos e informações entregues a CMASS, no prazo estabelecido no Manual de Monitoramento ou nos Contratos ou Convênios de Gestão, que permite aos entes avaliarem o desempenho assistencial de acordo com os Contratos de Gestão da OSS, de Fundação e Convênio.

O modelo de prestação de contas será entregue após a assinatura do contrato/convênio, devendo a OOS e Fundação Pública seguirem o modelo para maior agilidade e assertividade no processo de prestação de contas.

## **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE (OSS)**

- É uma entidade sem fins lucrativos que se habilita a fazer um contrato de gestão com o Estado para gerenciar serviços de saúde. Neste processo é exigido a qualificação da entidade interessada na concorrência pública. Ao ganhar o certame a mesma se tornará responsável por toda manutenção e operacionalização da unidade, bem como seu abastecimento e fornecimento de mão de obra para a execução de atividades.



## FUNDAÇÃO ESTATAL

- É uma estrutura pública, dotada de personalidade jurídica própria, criada em virtude de lei para desenvolver atividades não privativas de Estado na área social. Tem autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos órgãos de direção e funcionamento custeado por recursos públicos diretos do Tesouro do Ente que a instituiu e/ou de outras fontes.

## CONSULTA DE FOLLOW-UP/RETORNO

- É a consulta ambulatorial que dá continuidade ao tratamento do paciente.

## 3. SISTEMA DE INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS

As estatísticas hospitalares e de serviços diagnósticos e ambulatoriais são fundamentais para as atividades de planejamento e avaliação da utilização de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em qualquer uma das esferas de governo.

A falta de padronização da nomenclatura utilizada dificulta a formulação das pesquisas, a interpretação das informações geradas e a realização de estudos comparativos entre os diversos serviços existentes.

Esta diretriz tem como objetivo padronizar a linguagem utilizada na inclusão dos dados no sistema de informação hospitalar do Estado do Espírito Santo, utilizando como parâmetro a Portaria MS nº 312, de 30 de abril de 2002 que no Art. 1º. Estabelece para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar constante na Portaria, bem como orientar o processo de monitoramento realizado pela CMASS.

## 4. GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES

### 4.1 SOBRE MOVIMENTO DE PACIENTE

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ADMISSÃO HOSPITALAR):** São os pacientes admitidos na unidade hospitalar com o objetivo de ocupar um leito por um período igual ou maior a 24 horas.

*OBS:*

- *Todos os casos de óbito ocorridos no hospital devem ser considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.*
- *Os pacientes que têm grandes chances de permanecer no hospital por menos de 24 horas devem ocupar leitos de observação, de forma a evitar a contabilização indevida de pacientes-dia no censo hospitalar diário.*

**AIH:** É o documento que detalha os serviços de internação prestados ao paciente no ambiente hospitalar. Tem a finalidade de transcrever todos os atendimentos provenientes de internação hospitalar que são financiados pelo SUS.

**OBSERVAÇÃO HOSPITALAR:** São os pacientes que permanecem no hospital sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas. Não é caracterizada uma internação.

**CENSO HOSPITALAR DIÁRIO:** É a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos, bloqueados e extras nas unidades de internação e serviços do hospital. Para efeito de censo, as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) devem ser consideradas unidades de internação. As Unidades de Emergência também devem realizar censos hospitalares e os pacientes com mais de 24 horas de observação no momento do censo deverão ser considerados como internados e o leito de observação ocupado como leito operacional.

**ALTA HOSPITALAR:** É um dos tipos de saída hospitalar. Ocorrem por altas médicas (curado, melhorado ou inalterado), altas a pedido (desistência do tratamento) ou evasão.

*OBS: Não devem ser apontadas altas de cirurgias em regime de hospital-dia.*

**TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS:** É um dos tipos de saída hospitalar. É a mudança de um paciente para outro hospital/instituição.

**ÓBITO HOSPITALAR (ÓBITO <24H):** É o que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente dos fatos dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não. Todos os casos de óbitos ocorridos dentro do

hospital devem ser considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.

*OBS: Os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital **não** são considerados óbitos hospitalares.*

**ÓBITO INSTITUCIONAL (ÓBITO  $\geq$  24 HORAS):** É o que ocorre depois de decorridas, no mínimo de 24 horas do início da internação hospitalar do paciente.

*OBS: Exclui os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de internação hospitalar.*

**ÓBITO NÃO INSTITUCIONAL:** São os que ocorreram dentro das primeiras 24h da entrada do paciente na instituição.

**SAÍDAS HOSPITALARES:** É a soma do número de altas, transferências externas, óbitos hospitalares (<24 horas) e óbitos institucionais ( $\geq$  24 horas), registradas por clínica.

**TRANSFERÊNCIA INTERNA:** É a mudança do paciente de uma unidade de internação para outra no mesmo hospital.

*OBS: Não deve ser considerada como saída hospitalar para cálculo de estatísticas hospitalares.*

**HOSPITAL DIA:** Regime de assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial. Utilizado para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas (Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001/MS). Caracterizada pela emissão de AIH.

**EVASÃO:** É a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.

**DESISTÊNCIA DO TRATAMENTO:** É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente.

## 4.2 SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DOS LEITOS

**LEITO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO (LEITO):** É a cama/berço numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou

enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço.

**LEITO HOSPITALAR DE OBSERVAÇÃO (LEITO AUXILIAR, LEITO DE OBSERVAÇÃO):** É o leito destinado a paciente sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas.

**LEITO HOSPITAL DIA:** É o leito destinado a paciente sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 12 horas, conforme a Portaria nº 044/2001.

**LEITOS OPERACIONAIS DIA (LOD):** São os leitos operacionais que estão disponíveis (utilizados ou passíveis de serem utilizados mesmo que desocupados) a cada dia de internação, no momento da elaboração do censo. Os Leitos hospitalares de observação ou auxiliares só devem ser considerados leitos hospitalares de internação, quando eles estiverem sendo utilizados como leitos extras para internação ou quando os pacientes permanecerem nesses leitos por mais de 24 horas por qualquer razão.

OBS: Deverão ser considerados os LOD todos aqueles passíveis de internação, exceto os que estiverem bloqueados devido necessidade de manutenção.

#### 4.3 SOBRE AS MEDIDAS HOSPITALARES

**DIA HOSPITALAR:** É o período de 24 horas compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.

*OBS: O horário de fechamento do censo hospitalar deve ser o mesmo todos os dias e em todas as unidades do hospital de forma rigorosa, podendo variar de hospital para hospital.*

**LEITO/DIA (LEITO OPERACIONAL DIA – LOD):** É a unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar.

*OBS: Corresponde aos leitos operacionais dia, variando de um dia para o outro de acordo com o bloqueio, desbloqueio de leito, utilização de leito de observação como leito extra ou hospitalar.*



**PACIENTE/DIA (PD):** Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia.

Obs: leito operacional dia e paciente dia - Tem a finalidade de demonstrar o número de leito operacional dia e o paciente dia de todas as unidades de internação, inclusive as UTI. *(Pode ser calculada a mediana do período analisado e a média mensal).*

## 5. COMISSÕES E COMITÊS

### COMISSÃO / COMITÊ:

É um grupo de pessoas com funções específicas, de participação presencial e/ou online, para discutir assuntos referentes a determinadas situações, com força para tomar decisões em nome dos demais.

As entidades deverão apresentar os atos administrativos de nomeação dos membros, informações das eleições realizadas, regimento interno das comissões e/ou comitês, com a composição, a finalidade, a periodicidade, percentual de participação, atividades obrigatórias realizadas pelas comissões, atualizações das mesmas, atas obrigatórias com as listas de presença devidamente assinadas, cronograma anual das reuniões e justificativa da não realização das reuniões conforme cronograma apresentado.

Algumas comissões/comitês são previstas em cláusulas contratuais, sendo assim obrigatórias. São acompanhadas mensalmente pelas membros da CMASS. As comissões/comitês que apresentarem irregularidades são passíveis de aplicação das sanções previstas em contrato/convênio.

### 5.1 COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

A comissão de Revisão de Prontuários tem por finalidade, dispor de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade dos registros e anotações das informações da assistência no registro dos cuidados prestados, bem como a segurança legal e jurídica da informação registrada no prontuário do paciente, conforme Resolução do CFM (Conselho Federal de Medicina) nº 1.638, de 10 de julho de 2002.

Conforme classifica a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) Lei nº 13.709/2018 os dados de saúde, incluindo prontuários médicos, são considerados dados pessoais sensíveis e estão

sujeitos a regras específicas de proteção sob a LGPD.

Artigos Relevantes da LGPD:

Artigo 5º, Inciso II: Define dados pessoais sensíveis, incluindo dados de saúde.

Artigo 7º: Trata das hipóteses em que o tratamento de dados pessoais pode ser realizado.

Artigo 11º: Especifica as bases legais para o tratamento de dados pessoais sensíveis.

Artigos 18º e 19º: Enumeram os direitos dos titulares dos dados pessoais.

A comissão deverá assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico, a chefia da equipe, a chefia da clínica e à Direção Técnica da unidade.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno elaborado e apresentado pela Instituição, bem como em conformidade com as instituídas por portarias ministeriais.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou ≥ 70% (aconselhável).

## 5.2 COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

A Comissão de Revisão de óbitos deverá realizar avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necrópsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, conforme Resolução do CFM (Conselho Federal de Medicina) N° 2.171, de 30 de outubro de 2017.

OBS: Todos os óbitos ocorridos na unidade devem ser avaliadas por toda Comissão de Óbito, não devendo existir uma pré-classificação de óbitos a serem enviados a comissão de óbitos. A Comissão de óbito deve ser multidisciplinar e contar com diferentes especialidade médicas.

Art. 5º A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

A CMASS poderá solicitar a qualquer momento análise de óbito(s) ocorrido(s) na Instituição

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

Percentual de participação: > 50% (obrigatório) ou ≥ 70% (aconselhável).



### 5.3 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE – CIHDOTT

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT, está regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, que determina que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos constituam esta comissão.

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT, deverá ser composta de regimento interno próprio, promover reuniões periódicas registradas em ata.

- **Nº de Notificações de Morte Encefálica:** Anotar o número de notificações de morte encefálicas realizadas para a central estadual de transplante no mês de competência;
- **Nº de Óbitos Notificados:** Anotar o número de óbitos notificados no mês de competência;
- **Nº de Órgãos Captados:** Anotar o número de órgãos captados, exemplo córneas nomês de competência.
- **Detectar possíveis doadores de órgão e tecido**

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

*OBS: As informações relativas a essa comissão deverão ser encaminhadas conforme descrito nos manuais de monitoramento de indicadores de cada instituição.*

### 5.4 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

É um órgão normativo de caráter permanente e tem por finalidade a prevenção e o controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), através de diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares. A CCIH executa o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS. Foi instituída por lei a partir de 1998 com a Portaria nº 2.616 do Ministério da Saúde.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

Percentual de participação: > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

### 5.5 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

É o órgão de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina. A Resolução CFM nº 2.152, de 30 de setembro de 2016, que estabelece as normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

Percentual de participação: > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

### 5.6 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Torna obrigatória a criação da Comissão de Ética de Enfermagem em instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores. A constituição da CEE deve ser definida por meio de eleição direta e secreta ou por meio de designação, obedecendo aos critérios específicos da Resolução COFEN 593/2018.

As Comissões de Ética de Enfermagem representam os Conselhos Regionais de Enfermagem nas instituições onde existe Serviço de Enfermagem, com funções educativa, consultiva, e de conciliação, orientação e vigilância ao exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem.

A CEE deverá ser constituída por, no mínimo, 3(três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, obstetrias, técnicos e auxiliares de enfermagem. A CEE deverá ser composta por presidente, secretário e membro, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente.

As CEE devem estabelecer relação de autonomia e imparcialidade com as instituições de Saúde, bem como resguardar o sigilo e descrição nos assuntos vinculados às condutas de caráter ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

Percentual de participação: > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

## 5.7 COMISSÃO DE PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS

É um órgão de assessoria e tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do PGRSS-Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde. Seu principal objetivo é minimizar a geração de resíduos; proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e correto; proteger os trabalhadores, a saúde pública, os recursos naturais e o meio ambiente, planejando as ações, eliminando as fontes de contaminação, reduzindo os índices de acidentes do trabalho relacionado aos resíduos, promovendo a formação e capacitação de recursos humanos envolvidos com o PGRSS.

Resolução RDC ANVISA Nº 222,0 de 28 de março de 2018, Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010 (Política Nacional de Resíduos Sólidos), CONAMA Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

Percentual de participação: > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

## 5.8 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO – CIPAA

A NR 5- Norma Regulamentadora é que estabelece os parâmetros e os requisitos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio – CIPA, tendo por objetivo a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, de modo a tornar compatível, permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e promoção da saúde do trabalhador.

Teve alteração da nomenclatura de CIPA para CIPAA conforme Portaria Nº 4.219, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2022.

Informar o número de acidentes ocupacionais e as tratativas relacionadas a estes.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).



## 5.9 COMISSÃO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO DE PELE

A comissão deve ser composta por uma equipe multidisciplinar que atuará nos cuidados com as lesões de pele e as lesões por pressão, a fim de reduzir, prevenir e/ou minimizar os riscos de complicações decorrentes, realizando busca ativa diária de pacientes.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

## 5.10 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

É uma instância multiprofissional, consultiva, deliberativa e educativa dentro de hospitais, responsável pela condução do processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para saúde.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

## 5.11 COMITÊ TRANSFUSIONAL

Considerando a PORTARIA Nº 158, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2016, art. 12: Toda instituição de assistência à saúde que realiza transfusão de sangue e componentes sanguíneos comporá ou fará parte de um Comitê Transfusional.

Realiza o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

## 5.12 COMISSÃO DE TERAPIA NUTRICIONAL

A Comissão de Terapia Nutricional tem como objetivo oferecer suporte nutricional através das vias enteral e parenteral (intravenosa), em consonância com a Portaria 272 do Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) de 1998 e da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa, n.º 63, de 6/7/2000.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

### 5.13 COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Os Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Resolução Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018)

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

### 5.14 COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA – DESEJÁVEL

A comissão estabelece diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico cujas atribuições principais são: revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica; recomendação de medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Portaria SVS/MS nº 453, de 1 de junho de 1998;

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

### 5.15 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O núcleo de Educação Permanente deve ser composto por equipe multidisciplinar, cujo objetivo é de qualificar os profissionais visando a transformação e a qualificação dos processos de formação e das práticas de educação em saúde. O núcleo tem a função de planejar, organizar e fornecer apoio às ações de Educação Permanente.

A Instituição deverá apresentar o levantamento das necessidades do serviço, devendo ser apresentado cronograma anual, podendo ser alterado conforme necessidade que venha surgir durante o decorrer do ano.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

### 5.16 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”,

Dentre as responsabilidades dos NSPs está elaboração de um plano de segurança do paciente do serviço de saúde que aponte e descreva as estratégias e ações definidas pelo serviço de Saúde para a execução das etapas de promoção, de proteção e de mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de Saúde.

A Comissão de Segurança do Paciente (CSP): é um ambiente de discussão das diferentes realidades apresentadas nos diferentes serviços do hospital, que será presidido pelo NSP, com participação do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS) Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Gerência de Risco, Gerência de Resíduos, Núcleo de Saúde do Trabalhador, entre outros.

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

### 5.17 GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO – DESEJÁVEL

É um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos.

Constitui-se como espaço coletivo, participativo e democrático tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH; promover o trabalho em equipes multiprofissionais estimulando a transversalidade e a grupalidade; pesquisar e levantar os pontos críticos e funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; propor uma agenda de mudança que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; Incentivar a democratização da gestão dos serviços; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida; fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes.



**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

## 5.18 NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR – NVEH

Tem missão de detectar as doenças de notificação compulsória (DNC) atendidas no hospital e implementar estratégias de registro da informação, investigação, medidas controle e interrupção da cadeia de transmissão dessas doenças. (Portaria GM/MS nº 2.529 de 23 de novembro de 2004/ Portaria nº 1.271/2014 dentre outras).

**Periodicidade:** Conforme regimento interno e caso necessário extraordinária.

**Percentual de participação:** > 50% (obrigatório) ou  $\geq$  70% (aconselhável).

## 6. INDICADORES HOSPITALARES

### 6.1 CIRURGIAS REALIZADAS

Tem a finalidade de demonstrar o número total de cirurgias realizadas por porte e por especialidade no período de competência.

*OBS: Pode ser calculada a mediana do período analisado e a média mensal.*

### 6.2 PARTOS

Tem por objetivo apresentar o número total de partos (cesáreas e partos normais). Quando se tratar de parto de cesárea, deverá informar o número total de primíparas submetidas à cesárea no mês de competência, bem como o número total de partos em primíparas (cesárea + normal).

**ABORTAMENTO:** é a interrupção da gravidez até a 22ª (vigésima segunda) semana e com produto da concepção pesando menos que 500g. Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento, pode ser espontâneo (natural) ou induzido (provocado).

**ABORTAMENTO LEGAL:** Aborto legal é a interrupção da gestação de fetos até a 22ª semana, com peso previsto de até 500 gramas. Nos casos previstos pela legislação brasileira, para três situações específicas sendo elas: Gestação decorrente de estupro; Risco de vida à gestante e Anencefalia fetal. Não sendo necessário solicitar autorização judicial para realizar o

procedimento e nem boletim de ocorrência. (Portaria MS/GM n.º 1508/2005 e Norma técnica Atenção Humanizada/2005).

### **6.3 MORTALIDADE OPERATÓRIA ASA**

#### **6.3.1 AVALIAÇÃO ANESTÉSICA – ASA:**

Apresentar o número total de pacientes que passaram por avaliações anestésicas por procedimentos cirúrgicos no mês de competência, informando a classificação e o quantitativo de cada ASA.

#### **6.3.2 Nº DE ÓBITOS CIRÚRGICOS ATÉ 7 DIAS:**

Apresentar o número total de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico ou no pós-operatório dentro dos 7 primeiros dias após a cirurgia. Nos casos em que o paciente foi submetido a mais de uma cirurgia no mês, contar os 7 dias a partir da ocorrência da última cirurgia, conforme a avaliação anestésica no mês de competência.

### **6.4 CONTROLE DE MORTALIDADE OPERATÓRIA**

#### **6.4.1 Nº DE ÓBITOS ATÉ 7 DIAS APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:**

Apresentar o número total de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico ou no pós-operatório dentro dos 7 primeiros dias após a cirurgia. Nos casos em que o paciente foi submetido a mais de uma cirurgia no mês, contar os 7 dias a partir da ocorrência da última cirurgia, no mês de competência.

#### **6.4.2 Nº TOTAL DE PACIENTES OPERADOS:**

Apresentar o número total de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico (Cirurgia Eletiva Hospitalar, Cirurgia Hospitalar de Urgência, Cirurgia Eletiva Ambulatorial, Cirurgia Eletiva Hospital-Dia, Hemodinâmica e Cesáreas), no período. Nos casos em que o paciente foi submetido a mais de uma cirurgia no mês, e em dias diferentes, contá-lo quantas vezes realizou procedimento cirúrgico.



## 6.5 MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NEONATAL

Apresentar o número de Nascidos Vivos, Apgar 1 Min  $\geq 7$ , Apgar 5 min  $\geq 7$ , Nascidos Mortos, Óbitos 0-6 dias, Óbitos 7-28 dias, Óbitos 29 dias ou +, segundo peso de nascimento (<500, 500-749, 750-999, 1000-1249, 1250-1499, 1500-1749, 1750-1999, 2000-2249, 2250-2499, 2500 ou +) no mês de competência.

## 6.6 CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

### 6.6.1 NÚMERO DE INFECÇÕES HOSPITALARES:

Apresentar o número de episódios de Infecção Hospitalar constatado na UTI Adulto, UTI Pediátrica na UTI Neonatal (por faixa de peso) e UCIN no mês de competência.

### 6.6.2 NÚMERO DE INFECÇÕES NA CORRENTE SANGUÍNEA EM PACIENTES COM CVC / UMBILICAL:

Apresentar o número de episódios de Infecção na corrente sanguínea em pacientes com cateter venoso central na UTI Adulto e UTI Pediátrica e em pacientes com cateter venoso central / umbilical na UTI Neonatal (por faixa de peso) e UCIN no mês de competência.

### 6.6.3 NÚMERO DE PACIENTE DIA COM CVC / UMBILICAL:

Apresentar o número de paciente/dia com cateter venoso central na UTI Adulto e UTI Pediátrica e com cateter venoso central /umbilical na UTI Neonatal (por faixa de peso) e UCIN no mês de competência.

### 6.6.4 NÚMERO DE PNEUMONIA EM PACIENTE COM VENTILAÇÃO MECÂNICA:

Apresentar o número de episódios de Pneumonia em pacientes com uso de ventilação mecânica na UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal (por faixa de peso) e UCIN no mês de competência.

### 6.6.5 NÚMERO DE PACIENTE DIA COM VENTILAÇÃO MECÂNICA:



Apresentar o número de paciente/dia com ventilação mecânica na UTI Adulto, na UTI Pediátrica, na UTI Neonatal (por faixa de peso) e UCIN no mês de competência.

#### **6.6.6 NÚMERO DE PACIENTES COM INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS**

Apresentar o número de infecções de sítio cirúrgico (ISC) em pacientes submetidos à cirurgia limpa e o total de cirurgias limpas realizadas no período no mês de competência. São definidas como infecções que ocorrem 30 dias após a cirurgia sem implante, ou dentro de 90 dias se um implante for colocado e a infecção estiver relacionada à cirurgia.

Data da infecção para ISC: a data da infecção é a data do procedimento cirúrgico.

A Entidade deve apresentar a densidade de infecção contendo as metas institucionais e a análise dos resultados alcançados.

### **6.7 AMBULATÓRIO**

#### **6.7.1 ESCALA MÉDICA AMBULATORIAL POR ESPECIALIDADE**

Apresentar a Escala Médica Ambulatorial por especialidade distribuído pela infraestrutura de salas do ambulatório no período.

#### **6.7.2 TEMPO MÉDIO DE RETORNO PÓS-OPERATÓRIO POR ESPECIALIDADE**

Apresentar o tempo médio de retorno pós-operatório por especialidade no período.

#### **6.7.3 NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS POR ESPECIALIDADE E TIPO (1ª VEZ(REGULADAS), RETORNO/FOLLOW-UP)**

Apresentar o número de consultas realizadas por especialidade e tipo (1ª vez (reguladas) e retorno/follow-up) no período.

#### **6.7.4 – NÚMERO DE CONSULTAS OFERTADAS PARA A REDE ESTADUAL**

Apresentar o número de consultas por especialidade de 1ª vez ofertadas para a rede no período.

### **6.8 SADT EXTERNO**

#### **6.8.1 NÚMERO DE EXAMES DISPONIBILIZADOS PARA A REDE**

Apresentar o número de exames de SADT Externo disponibilizados pela OSS e pela Fundação no período.

### 6.8.2 NÚMERO DE EXAMES AGENDADOS

Apresentar o número de exames de SADT Externo agendados pela SESA no período.

### 6.8.3 NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS

Apresentar o número de exames de SADT Externo realizados pela OSS e pela Fundação no período.

## 7. DEFINIÇÃO E FÓRMULA DE CÁLCULO

### 7.1 INDICADORES HOSPITALARES

#### 7.1.1 TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA [%] (SIPAGEH/CQH)

**Definição:** Mede o risco de mortalidade dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. As diferenças de porte dos procedimentos cirúrgicos podem interferir na mortalidade, assim como a proporção de cirurgias de emergência realizadas. A análise deve considerar essas questões para permitir comparações adequadas.

**Numerador:** Número de óbitos ocorridos até 7 dias após procedimento cirúrgico;

**Denominador:** Número total de pacientes operados – no Centro Cirúrgico (Cirurgia Eletiva Hospitalar, Cirurgia Hospitalar de Urgência, Cirurgia Eletiva Hospital-Dia e Cesarianas);

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de óbitos ocorridos até 07 dias após procedimento cirúrgico}}{\text{Número total de pacientes operados}} \times 100$$

#### 7.1.2 INFECÇÃO HOSPITALAR RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (SIPAGEH/CQH)

**Definição:** Tem a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de controle de IRAS, nas UTI do hospital (adulto, pediátrica, neonatal, queimados, coronariana, etc).

### 7.1.3 DENSIDADE DE IRAS EM UTI:

**Definição:** É a soma do número de infecções no ano, dividida pela soma de pacientes com dispositivos invasivos/dia, multiplicado por 1000.

**Numerador:** Número total de infecções associadas a dispositivos em um determinado período

**Denominador:** Número total de dispositivo-dia (um dispositivo-dia é a soma de pacientes em uso de dispositivos a cada dia em um determinado período).

**Periodicidade:** Mensal.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de IRAS na UTI}}{\text{Número de paciente dia da UTI}} \times 100$$

### 7.1.4 DENSIDADE DE IPCS LABORATORIAL ASSOCIADA À CVC EM UTI

**Definição:** Número de casos novos de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS), em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em unidades terapias intensivas (UTI) de adultos, vezes 1000.

**Numerador:** Número de casos novos de infecção de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL, no período.

**Denominador:** Cateter venoso central-dia no período

**Periodicidade:** Mensal.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de casos novos de IPCS laboratorial na UTI}}{\text{Nº de CVC dia na UTI}} \times 1000$$

### 7.1.5 TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CVC NA UTI:

**Definição:** Valor que representa a intensidade da exposição dos pacientes aos cateteres venosos centrais (CVC).

**Numerador:** Número de casos novos de infecção de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL, no período.

**Denominador:** Cateter venoso central-dia no período

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de CVC dia no mês}}{\text{Número de pacientes-dia no mesmo período}} \times 100$$

### 7.1.6 DENSIDADE DE INFECÇÃO PULMONAR RELACIONADA À VM NA UTI

**Definição:** Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000.

**Numerador:** Número de Pneumonias associadas a Ventilador Mecânico (VM)

**Denominador:** Número de dias de VM (VM/dia)

**Periodicidade:** Mensal.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de casos novos de pneumonia relacionada à VM}}{\text{Número de VM dia na UTI}} \times 1000$$

### 7.1.7 TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UTI

**Definição:** Este indicador mede a intensidade de utilização do dispositivo invasivo de interesse na unidade, no caso pacientes em ventilação mecânica (VM). Este indicador traduz o quanto este fator de risco está presente na população analisada.

**Numerador:** Número de pacientes da UTI com ventilação mecânica dia no período

**Denominador:** Número de paciente dia da UTI no mesmo período

**Periodicidade:** Mensal



**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de pacientes da UTI com ventilação mecânica dia}}{\text{Número de paciente dia da UTI no mesmo período}} \times 100$$

*OBS: Os critérios adotados para diagnóstico de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde são os estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. As infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepse clínicas.*

**7.1.8 TAXA DE CESARIANA EM PRIMÍPARA (%) SIPAGEH/CQH**

**Definição:** mede a proporção de parturientes / gestantes primigestas submetidas à cesariana. Considerando que existem indicações muito precisas para o procedimento, a taxa deve ser monitorada e utilizada para discussão interna e propostas de aprimoramento do cuidado.

**Numerador:** Número de primíparas submetidas à cesariana

**Denominador:** Número de partos em primíparas

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de primíparas submetidas a cesariana}}{\text{Número de partos em primíparas}} \times 100$$

**7.1.9 TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIA ELETIVA**

**Definição:** É um indicador selecionado que deverá refletir a ocorrência e principais causas para cancelamento de cirurgias agendadas, por motivos que não dependeram do paciente.

**Numerador:** É o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado cuja causa não dependeu do paciente

**Denominador:** E o número de cirurgias programadas e previamente agendadas

**Periodicidade:** Mensal



**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes no mês}}{\text{Número de cirurgias agendadas}} \times 100$$

OBS: cirurgias suspensas por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes, erro de agendamento. Quando a suspensão ocorre antes da internação, por motivo extra paciente, o dado não deve ser contabilizado. Se houver suspensão no dia da cirurgia, a mesma deverá ser contabilizada.

**7.1.10 TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS**

**Definição:** Relação percentual entre o número de casos de infecções de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas e o número total de procedimentos cirúrgicos limpos no período.

**Numerador:** Número de infecções de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas, no período de estudo.

**Denominador:** Número total de cirurgias limpas, no período de estudo.

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de infecções de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas}}{\text{Número total de cirurgias limpas}} \times 100$$

**7.1.11 IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM DO PACIENTE**

**Definição:** Este indicador avalia este indicador avalia a existência e a qualidade de sistematização do processo de identificação de origem de pacientes referenciados ao hospital, exclusivamente na linha de Internação. A informação da localidade de residência do paciente é obrigatória no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), tanto para o código postal (CEP) como para o código IBGE do município.

**Numerador:** Quantitativo de CEP inválidos e CEP incompatíveis das informações de origem

**Denominador:** Número total de AIH emitidas

**Periodicidade:** Mensal

Fórmula:

$$\frac{\text{Quantitativo de CEP inválidos e CEP incompatíveis das informações de}}{\text{Número total de AIH emitidas}} \times 100$$

## 7.2 INDICADORES AMBULATORIAIS E SADT EXTERNO

### 7.2.1 Taxa de Perda Primária (%)

**Definição:** Acompanha o desperdício das primeiras consultas médicas e exames disponibilizados para rede referenciada.

**Numerador:** Número total de consultas ou exames agendados

**Denominador:** Número total de consultas ou exames disponibilizados

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:**

$$\frac{100 - (\text{número total de consultas/exames agendados})}{\text{número total de consultas/exames disponibilizados}} \times 100$$

### 7.2.2 TAXA DE ABSENTEÍSMO (%)

**Definição:** Acompanha a não efetivação das consultas médicas e exames previamente agendados para atendimento decorrente da ausência do paciente. Avalia o aproveitamento das consultas médicas e exames agendados.

**Numerador:** Número total de consultas/exames realizados.

**Denominador:** Número total de consultas/exames agendados

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:**

$$\frac{100 - (\text{Número total de consultas/exames realizados})}{\text{Número total de consultas/exames agendados}} \times 100$$

### 7.2.3 ÍNDICE DE RETORNO

**Definição:** É a relação entre o total de consultas subsequentes e a somatória do total de primeiras consultas e Interconsultas realizadas. Mede indiretamente a resolutividade da unidade e monitora a relação primeira consulta / retorno desejada para este modelo de atendimento.

**Numerador:** número total de consultas subsequentes realizadas

**Denominador:** número total de primeiras consultas realizadas + número total de interconsultas realizadas

**Periodicidade:** mensal

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número total de consultas subsequentes realizadas} \times 100}{\text{Número total de primeiras consultas} + \text{número total de interconsultas realizadas}}$$

## 7.3 INDICADORES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

### 7.3.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**Definição:** É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada no Protocolo de Classificação de Risco validado pelo CRM, COREN e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro classificador.

É o cálculo do percentual da classificação dos pacientes que chegam ao serviço de urgência e emergência, antes da avaliação diagnóstica e terapêutica completa, da maneira a identificar os pacientes com maior risco de morte ou evolução para sérias complicações, que não podem esperar para serem atendidas, e garantir aos demais o monitoramento contínuo e a reavaliação até que possam ser atendidos pela equipe médica. (*Servei Andorrà d'Atenció Sanitària e Organización Panamericana de la salud, 2011*)

**Numerador:** É o número de pacientes submetidos à classificação de risco de acordo com o sistema implantado no serviço de urgência e emergência do hospital com base no sistema, escalas ou protocolos estruturados de recepção, acolhimento e classificação de risco reconhecido.

**Denominador:** É o número de pacientes admitidos no serviço de urgência e emergência, em um mês.

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº de pacientes classificados por risco na urgência e emergência}}{\text{Nº de pacientes admitidos na urgência e emergência}} \times 100$$

#### 7.4 ATENÇÃO AO USUÁRIO

A Política nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudança nos modos de gerir e cuidar.

Conforme o Manual de Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS (MS, 2009), “os princípios, conceitos e dispositivos do HumanizaSUS são o ponto de partida para o desenho do Monitoramento e Avaliação da PNH. Vale ressaltar que os dispositivos são propostos para alcançar/atravesar os diferentes níveis de organização da rede de serviços, obedecendo ao princípio de transversalidade da Política de Humanização. É nesse/desse cenário que se recortam objetivos e metas específicos de implementação de ações (estrutura e processos). O monitoramento e avaliação devem então contar com indicadores capazes de refletir esses eixos, isto é, vir representando as situações desejadas, enquanto processos desencadeados e seus resultados (esperados e alcançados)”.

É neste sentido que, considerando os princípios, diretrizes e a importância das ações de humanização e seus dispositivos no cotidiano hospitalar, foi estabelecido o indicador de Atenção ao Usuário, que se divide em Satisfação do Usuário e Resolução de Reclamações e são monitorados como forma de metas qualitativas pactuadas entre Organizações Sociais de

Saúde, Fundação, Convênio e a Secretaria Estadual de Saúde. O alcance destas metas torna-se imprescindível, pois estes indicadores são analisados com intuito de detectar a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde prestados à população.

#### 7.4.1 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A Pesquisa de Satisfação do Usuário destina-se à avaliação mensal da percepção do usuário sobre a qualidade do serviço prestado. Se dá através da aplicação de questionários estruturados (instrumentos de avaliação), com amostragem compatível à metodologia científica adotada pelas Organizações Sociais de Saúde ou pela Fundação, Convênio, considerando o universo da pesquisa. Estas entidades emitirão relatórios de dados dos resultados consolidados e estratificados e será estabelecida uma meta. O grau de satisfação será determinado pelas respostas obtidas do usuário como “muito satisfeito ou satisfeito”, “ótimo ou bom”, ou outras terminologias equivalentes.

**Numerador:** N° de respostas (muito satisfeito e satisfeito ou ótimo e bom no mês)

**Denominador:** N° de questões efetivamente respondidas dos questionários

**Periodicidade:** Mensal

**Amostragem da pesquisa:** A amostra da pesquisa será definida pelas Organizações Sociais de Saúde, Fundação ou Convênio, conforme a metodologia por estes escolhida, devendo ser informada em relatório próprio a ser encaminhado na prestação de contas mensal.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de questões dos questionários com resposta "muito satisfeito/satisfeito" ou "ótimo/bom"}}{\text{Nº de questões efetivamente respondidas dos questionários}} \times 100$$

#### 7.4.2 RESOLUÇÃO DE RECLAMAÇÕES

Entende-se por reclamação a demonstração de descontentamento do cidadão diante do serviço ofertado, com o intuito de reivindicar os direitos relacionados ao atendimento de qualidade. A resolução da reclamação se dá através do conjunto de ações geradas dentro de prazos estabelecidos entre as Organizações Sociais de Saúde, Fundação e Convênio e a

Secretaria Estadual de Saúde, no sentido de solucioná-la integralmente em sua causa raiz, visando evitar reincidências de problemas.

**Numerador:** Número de reclamações resolvidas

**Denominador:** Número de reclamações recebidas

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de questões resolvidas}}{\text{Nº de reclamações recebidas}} \times 100$$

#### 7.4.3 TEMPO DE RESPOSTA $\leq$ 10 DIAS PARA CONCEDER FEEDBACK AO USUÁRIO

**Definição:** é o cálculo percentual de respostas ao usuário referente as reclamações recebidas, dentro do prazo de igual ou menor a 10 dias úteis, no mês.

**Numerador:** N° de reclamações respondidas dentro do prazo de  $\leq$  10 dias no mês

**Denominador:** N° total de reclamações recebidas no mês

**Periodicidade:** mensal

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº de reclamações respondidas dentro do prazo de } \leq 10 \text{ dias no mês}}{\text{Nº total de reclamações recebidas no mês}} \times 100$$

#### 7.5 DISPOSITIVOS DE HUMANIZAÇÃO

**Definição:** É a implantação gradativa dos dispositivos constantes na Política Nacional de Humanização – PNH do SUS.

**Numerador:** N/A.

**Denominador:** A cada 3 meses a implantação de um dispositivo da PNH (Esse período e/ou dispositivo podem variar de acordo com a complexidade do dispositivo de humanização e da realidade do hospital).

**Periodicidade:** Trimestral.

**Fórmula:** N/A.

## 7.6 INFORMAÇÃO E DIREITO DOS USUÁRIOS

**Definição:** É a implantação gradativa de estratégias de informação sobre o funcionamento dos serviços e direitos dos usuários. Exemplos: Cartilha dos direitos e deveres do usuário; Cartilha/folders/totens/banners/painéis eletrônicos/ informativos sobre os horários de visitas, orientação dos serviços disponíveis, normas do hospital.

**Numerador:** N/A.

**Denominador:** A cada 3 meses a implantação de 1 (um) componente/estratégia de divulgação das informações sobre o serviço hospitalar e dos direitos dos usuários (Esse período pode variar de acordo com a complexidade da implantação e da realidade do hospital).

**Periodicidade:** Trimestral.

**Fórmula:** N/A.

## 8. PAINEL DE INDICADORES ESSENCIAIS

### 8.1 INDICADOR HOSPITALAR DE DESEMPENHO

#### 8.1.1 TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL (%) SIPAGEH/CQH

**Definição:** Avalia o grau de utilização dos leitos operacionais no hospital como um todo. Mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional de um hospital. Está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência.

**Importância:** A gestão eficiente do leito operacional aumenta a oferta de leitos para o sistema de saúde. O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deverá ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação da saúde.

**Numerador:** Somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês.

**Denominador:** Número de leitos-dia operacionais – Somatório de leitos-dia operacionais do hospital no período de um mês.

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:** Taxa ocupação =  $\frac{\sum \text{Número de pacientes-dia no período} \times 100}{\sum \text{Núm. leitos-dia operacionais no período}}$

Utilizar o censo da 00:00 hora de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº 312/2002 do MS.

**OBS. 1:** Se no denominador for utilizado os leitos censáveis, as taxas de ocupação serão subestimadas.

### 8.1.2 TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (DIAS) *SIPAGEH/CQH*

**Definição:** Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital.

**Importância:** Avalia o tempo que em média um paciente permanece internado no hospital. Está relacionado a boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deverá ser utilizado de forma racional com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação da saúde. A média de permanência em hospitais agudos acima de sete (7) dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar.

**Numerador:** Número de pacientes-dia – Somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês.

**Denominador:** Número de saídas – Somatório das altas, transferências externas e óbitos do hospital no período de um mês.

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula: TMP =**

$$\frac{\text{Número de pacientes-dia no período}}{\text{Número de saídas no período (altas + óbitos + transf. externas)}}$$

Utilizar o censo da 00:00 hora de cada dia.

**Usos:**

- Eficiência da gestão do leito operacional nos hospitais
- Avaliar o tempo de permanência dos pacientes no hospital
- Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional





### 8.1.3 ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO (DIAS) SIPAGEH/CQH

**Definição:** Tempo médio que um leito permanece desocupado no mês ou outro período considerado.

**Importância:** Assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Esta medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

**Numerador:** [100 - Taxa de desocupação] x Média de Permanência em dias

**Denominador:** taxa de ocupação hospitalar

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula: Índice de Intervalo de Substituição =**

$$\frac{[100 - \text{Taxa de desocupação hospitalar}] \times \text{Média de Permanência em dias}}{\text{Taxa de ocupação hospitalar}}$$

**Usos:**

- Avaliar a eficiência dos trabalhadores da Unidade de Produção e o Hospital
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação do processo de trabalho dos colaboradores da Unidade de Produção

### 8.1.4 ÍNDICE DE ROTATIVIDADE [GIRO] SIPAGEH/CQH

**Definição:** Mede a rotatividade do leito hospitalar no hospital

**Importância:** A boa gestão de leitos, facilita o processo de atendimento, aumentando a qualidade do serviço prestado, possibilitando o monitoramento dos resultados e a performance da equipe e dos leitos disponíveis.

**Numerador:** Número de saídas hospitalares [altas + transferências externas + óbitos]

**Denominador:** Número de leitos operacionais (não é leito operacional dia, deverá ser a somatória de leito operacional – dia ser dividido pelo nº de dias do mês).

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula: Índice rotatividade =**

$$\frac{\text{Número de saídas hospitalares em determinado período}}{\text{Número de leitos no mesmo período}}$$

## 8.2 INDICADOR HOSPITALAR DE EFETIVIDADE

### 8.2.1 TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL (%) SIPAGEH/CQH

**Definição:** Relação percentual entre o número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente, em um mês, e o número de pacientes que tiveram saída do hospital (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito) no mesmo período.

Em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e consequente responsabilidade do hospital seja efetivada.

**Numerador:** Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais), em um mês. O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente no hospital, incluindo, portanto, o tempo permanecido na unidade de urgência e emergência.

**Denominador:** Número de saídas hospitalares (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar) em um mês.

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula: Taxa mortalidade Institucional =**

$$\frac{(\text{N.º de óbitos ocorridos } \geq 24\text{h})}{\text{N.º de saídas hospitalares no período}} \times 100$$

OBS: A taxa de mortalidade institucional inclui somente os óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão, enquanto no cálculo da taxa de mortalidade hospitalar são incluídos todos os óbitos ocorridos após o paciente ter dado entrada no hospital. Há uma forte correlação entre esses dois indicadores, porém, para uma mesma instituição

*hospitalar, a taxa de mortalidade institucional será sempre menor que a taxa de mortalidade hospitalar.*

### 8.3 INDICADOR HOSPITALAR DE GESTÃO DE PESSOAS

Os indicadores relacionados a gestão de pessoas servirão para compor a série histórica dos hospitais.

#### 8.3.1 ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DE FUNCIONÁRIOS [TURNOVER] CQH

**Definição:** Mede a rotatividade de funcionários na instituição.

**Numerador:** Admissões + demissões / 2

**Denominador:** Número de funcionários (CLT)

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:** Rotatividade de funcionários = [(admissões + demissões) / 2] / número de funcionários CLT

**Obs:** Em caso de gestão mista, o denominador corresponde ao número de funcionários contratados pela OSS ou Fundação.

#### 8.3.2 RELAÇÃO FUNCIONÁRIO POR LEITO - CQH

**Definição:** É a relação entre o número de funcionários contratados e de terceiros que prestam serviço no hospital e o número de leitos operacionais.

**Numerador:** Número de funcionários contratados [CLT] e de terceiros (**excluir os profissionais PJ**)

**Denominador:** Número de leitos operacionais

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:** Relação Funcionário por leito =

$$\frac{\text{Número de funcionários contratados e de terceiro}}{\text{Número de leitos operacionais}}$$

#### 8.3.3 RELAÇÃO ENFERMEIRO POR LEITO CQH

**Definição:** É a relação entre o número de enfermeiros dedicados à assistência e o número de leitos operacionais. Esta relação varia com o grau de complexidade do serviço e com a intensidade dos cuidados exigidos pelo paciente internado em cada unidade.

**Numerador:** Número de enfermeiros dedicados à assistência (**excluir enfermeiros com cargos de coordenação**)

**Denominador:** Número de leitos operacionais

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula: Relação Enfermeiro por leito =**

Número de enfermeiros assistenciais

Número de leitos operacionais

#### **8.3.4 RELAÇÃO ENFERMAGEM POR LEITO CQH**

**Definição:** É a relação entre o número de profissionais de enfermagem dedicados à assistência [auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem] e o número de leitos operacionais.

**Numerador:** Número de profissionais de enfermagem dedicados à assistência (**excluir profissionais de enfermagem de nível superior**)

**Denominador:** Número de leitos operacionais

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula: Relação Enfermagem por Leito =**

Nº de profissionais de enfermagem [assistenciais]

Número de leitos operacionais

#### **8.3.5 TAXA DE MÉDICO ESPECIALISTA (%) CQH**

**Definição:** É a relação entre o número de médicos com residência médica em programa reconhecido pelo MEC ou portador de título de especialista emitido por entidades de classe reconhecidas e o número total de médicos que atuam no hospital, independentemente do tipo de vínculo empregatício (CLT, cooperativa, pessoa jurídica, estatutário)

**Numerador:** Número de médicos com título de especialistas (MEC,sociedade)

**Denominador:** Número de médicos que atuam no hospital (qualquer vínculo)

**Periodicidade:** Mensal

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de médicos com título de especialistas}}{\text{Número de médicos que atuam no hospital}} \times 100$$

## 9. APENDICE

RELATÓRIO MENSAL DAS ATIVIDADES DA CIHDOTT						
MÊS / ANO: ____ / ____						
TOTAL DE ÓBITOS						
Faixa Etária					Nº de óbitos por ME notificados à CIHDOTT	
Faixa etária	PCR		ME		Turno	Nº
	N	%	Nº	%		
Menor de 2 anos					Manhã (7h - 13h)	
> 2 até 18 anos					Tarde (13h -19h)	
> 18 até 40 anos					Noite (19h - 7h)	
> 40 até 60 anos					PCR - Parada Cardiorrespiratória	
> 60 até 70 anos					ME - Morte Encefálica	
> 70 anos						
Total		100		100	<b>Nº de óbitos notificados:</b>	<b>Nº de órgãos captados:</b>

## 10. FONTE BIBLIOGRÁFICA

Constituição Federal de 1988.

Constituição do Estado do Espírito Santo de 1989.

Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Lei Nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2002.

Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.638, CFM - DF, 2002.

MARSHALL JUNIOR, Isnard & outros. Gestão da qualidade. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

Resolução do Conselho Federal de Farmácia nº 449 de 24 de outubro de 2006. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/449.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2024.

Manual de Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramentopolitica\\_humanizacao\\_rede\\_ge\\_staosus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramentopolitica_humanizacao_rede_ge_staosus.pdf). Acesso em: 20 maio. 2024.

Programa GESPÚBLICA – Pesquisa de Satisfação: Guia Metodológico; Brasília; MP, SEGEP, 2013. Versão 1/2013.

Instrução Normativa TCEES 042/2017, de 15 de agosto de 2017.

Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018.

Lei Complementar Nº 924 de 17 de outubro de 2019.

Decreto Nº 4585-R de 05 de março de 2020.

Lei Complementar Estadual nº 993 de 27 de dezembro de 2021.

Decreto Estadual Nº 5147, de 31 de maio de 2022.

Portaria Nº 190-S, de 26 de maio de 2022.

Estudo de viabilidade do Hospital Doutor Dório Silva- HDDS. EDOC's - 2022-9XTRTP.



<https://safetyculture.com/pt-br/listas-de-verificacao/procedimento-de-lavagem-das-maos/>. Acesso em: 20 maio. 2024.

[https://www.cqh.org.br/icqh/ind/web\\_lista.php](https://www.cqh.org.br/icqh/ind/web_lista.php). Acesso em: 20 maio. 2024.

[https://www.cqh.org.br/icqh/ind/web\\_ficha.php?p\\_nind=302](https://www.cqh.org.br/icqh/ind/web_ficha.php?p_nind=302). Acesso em: 27 maio. 2024.

<https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/densidade-de-incid%C3%A2ncia-de-pneumonia-associada-%C3%A0-ventila%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nica-em-pacientes>. Acesso em: 27 maio. 2024.

<https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/taxa-de-infec%C3%A7%C3%A3o-de-s%C3%ADtio-cir%C3%BArgico-em-cirurgias-limpas#:~:text=N%C3%BAmero%20de%20infec%C3%A7%C3%B5es%20de%20s%C3%ADtio,d e%20cirurgias%20limpas%2C%20vezes%20100>. Acesso em: 27 maio. 2024.

<https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/densidade-de-incid%C3%A2ncia-de-pneumonia-associada-%C3%A0-ventila%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nica-em-pacientes#.U-pJpaNh7JR>. Acesso em: 03 junho. 2024.

<https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/taxa-de-infec%C3%A7%C3%A3o-de-s%C3%ADtio-cir%C3%BArgico-em-cirurgias-limpas>. Acesso em: 03 junho. 2024.

<https://www.conass.org.br/guiainformacao/fundacao-publica/#:~:text=A%20Fundac%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%ABlica%20de%20direito,de%20 estado%20na%20%C3%A1rea%20social>. Acesso em: 03 junho. 2024.

<https://www.einstein.br/estrutura/centro-terapia-intensiva/adulto/indicadores-de-qualidade/iras0>. Acesso em: 03 junho. 2024.

<https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/densidade-de-incid%C3%A2ncia-de-infec%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-de-corrente-sangu%C3%ADnea-ipcs-em-pacientes-e-0>. Acesso em: 03 junho. 2024.



#### INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 06/08/2024 11:32:53 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por HUDSON BREMENKAMP MIRANDA (CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04 - NECAM - SESA - GOVES)  
Valor Legal: CÓPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-BJD90B>