



Diretrizes para Padronização de Nomenclatura e Indicadores do Monitoramento Assistencial dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde

Vitória, 30 outubro de 2018



Paulo Hartung

Governador do Estado do Espírito Santo

Ricardo de Oliveira

Secretário de Estado da Saúde

Carlos Luiz Tesch Xavier

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento Atenção à Saúde

Joanna Barros de Jaegher

Subsecretário de Estado para Assuntos de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde

Fabiano Marily

Subsecretário de Estado da Assistência à Saúde

ELABORAÇÃO

Adriana Badke Nitz

Ana Cláudia Costa Nogueira Lopes

Ana Lucia Santolin Peixoto

Christie Vagner Santos

Cristina Mont'Alvão Campos

Emmily Arrivabene Boninsenha

Fernanda Nascimento Gomes

Iara Cristina Lage

Janaina Daumas Felix



Maria do Rosário Sousa

Mariana de Sousa Barcellos Neta

Sabrina Ribeiro Franca Machado

Participação especial:

Magda Cristina Lamborghini

Gerente de Contratação das Organizações Sociais

Fernando de Albuquerque

Coordenador do Programa Estadual de Organizações Sociais

Wladimir Guimarães Correa Taborda

W/Taborda Consultoria Executiva em Saúde Ltda.



ÍNDICE

1 APRESENTAÇÃO

2 TERMOS E DEFINIÇÕES

3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS

4 GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES

4.1 Sobre Movimento de Pacientes

4.2 Sobre a Classificação dos Leitos

4.3 Sobre as Medidas Hospitalares

5 COMISSÕES

5.1 Comissão de Prontuários

5.2 Comissão de Óbitos

5.3 Comissão de Transplante

5.4 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

5.5 Comissão de Ética Médica

5.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

5.7 Comissão de Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

5.8 Comissão de Ética Enfermagem

5.9 Núcleo de Segurança do Paciente

5.10 Grupo de Trabalho de Humanização – GTH

6 INDICADORES HOSPITALARES

6.1 CIRURGIAS REALIZADAS

6.2 PARTOS

6.3 MORTALIDADE OPERATORIA POR ASA

6.3.1 Avaliação Anestésica – ASA



6.3.2 Número de óbitos até 7 dias

6.4 MORTALIDADE OPERATÓRIA

6.4.1 Número de Óbitos até 7 dias após procedimento cirúrgico

6.4.2 Número total de pacientes operados

6.5 MORTALIDADE INTRAHOSPITALAR NEONATAL

6.6 CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

6.6.1 Número de Infecções Hospitalares

6.6.2 Número de Infecções de Corrente Sanguínea em pacientes com Cateter Venoso Central – CVC /Umbilical

6.6.3 Número de pacientes-dia com CVC/Umbilical

6.6.4 Número de Pneumonia em pacientes com ventilação mecânica

6.6.5 Número de pacientes-dia com ventilação mecânica

7 DEFINIÇÕES E FÓRMULA DE CÁLCULO

7.1 INDICADORES HOSPITALARES

7.1.1 Taxa de mortalidade operatória [%] (SIPAGEH/CQH)

7.1.2 Infecção Hospitalar relacionada à assistência à saúde (SIPAGEH/CQH)

7.1.3 Densidade de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde – IRAS em UTI

7.1.4 Densidade de IPCS laboratorial associada à CVC na UTI

7.1.5 Taxa de Utilização de CVC em UTI

7.1.6 Densidade de infecção pulmonar relacionada à Ventilação Mecânica – VM na UTI

7.1.7 Taxa de utilização de VM na UTI

7.1.8 Taxa de cesariana em primípara [%] (SIPAGEH/ CQH)

7.1.9 Taxa de suspensão de cirurgia eletiva

7.2 INDICADORES AMBULATORIAIS

7.2.1 Taxa de perda primária [%]

7.2.2 Taxa de absenteísmo [%]

7.2.3 Índice de retorno

7.3 INDICADORES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A classificação de risco

7.4 ATENÇÃO AO USUÁRIO

7.4.1 Satisfação do Usuário – Pesquisa de Satisfação

7.4.2 Percentual Resolução das queixas – Reclamações



7.4.3 Tempo de resposta \leq 7 dias – Reclamações

7.4.4 Dispositivos de Humanização

7.4.5 Informação e Direito dos Usuários

8 PAINEL DE INDICADORES ASSISTENCIAIS

8.1 INDICADOR HOSPITALAR DE DESEMPENHO

8.1.1 Taxa de ocupação operacional [%] (SIPAGEH/CQH)

8.1.2 Tempo médio de permanência [dias] (SIPAGEH/CQH)

8.1.3 Índice de intervalo de substituição de leitos [dias] (SIPAGEH/CQH)

8.1.4 Índice de rotatividade [giro] (SIPAGEH/CQH)

8.2 INDICADOR HOSPITALAR DE EFETIVIDADE

8.2.1 Taxa de mortalidade institucional [%] (SIPAGEH/CQH)

8.3 INDICADOR HOSPITALAR DE GESTÃO DE PESSOAS

8.3.1 Índice de rotatividade de funcionários [turnover] (CQH)

8.3.2 Relação funcionário por leito (CQH)

8.3.3 Relação enfermeiro por leito (CQH)

8.3.4 Relação de Enfermagem por leito (CQH)

8.3.5 Taxa de médico especialista [%] (CQH)



1 APRESENTAÇÃO

As Organizações Sociais – OS fazem parte de um novo modelo de gestão de serviços de relevância pública - previsto na Lei Complementar Estadual nº 489/2009. Esse modelo de gestão permite ao Estado do Espírito Santo a publicização de serviços públicos não exclusivos de Estado à 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 política pública determinadas pelo governo.

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, 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 OS, pois, apesar de destinar a execução direta dos serviços, o Poder Público mantém o dever de garantir que sejam prestados na quantidade e qualidade apropriados.

No que tange 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 OS tem o dever de prestar contas relativas aos recursos públicos utilizados na execução dos serviços contratados.

O objetivo deste documento “Padronização da Nomenclatura utilizada na Área Assistencial” é a padronização da nomenclatura utilizada na assistência, no Contrato de Gestão, 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 fiscalização da execução dos CG 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 - é a instância responsável pelo acompanhamento, controle e avaliação dos resultados alcançados pela Organização Social, previstos no respectivo Contrato de Gestão (Lei 489/2009, Decreto 2484/2010 e Portaria específica).

CONTRATO DE GESTÃO - é o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social - OS, com vistas à formação de uma parceria para fomento e execução de atividades.

INDICADOR - uma ferramenta de avaliação, parâmetro, ou valor calculado a partir de parâmetros. Os indicadores visam a monitorizar: controlar, supervisionar, acompanhar e avaliar. Parte de um processo de acompanhamento e avaliação dos desempenhos e progressos. Forma de simplificação e sintetização através da quantificação.

META - resultados a serem atingidos. É o objetivo de forma quantificada. Etapa de um objetivo.

MONITORAR - acompanhar a execução das atividades e obrigações pactuadas. Observação e o registro regular das atividades de um projeto ou programa. Processo rotineiro de acúmulo de informações do projeto em todos os seus aspectos. Checar o progresso das atividades do projeto, ou seja, uma observação sistemática e com propósitos.

ÓRGÃO ESTATAL SUPERVISOR - a Secretaria de Estado da área de atividade correspondente ao objeto do Contrato de Gestão é o Órgão Estatal Supervisor das organizações sociais correspondentes.

PARECER/RELATÓRIO CONCLUSIVO - documento emitido pela Comissão de Monitoramento e Avaliação nos prazos previstos na legislação ou no CG, sobre a execução do objeto do CG e prestação de contas assistencial da entidade.

PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL - é o conjunto de documentos e informações que permite ao gestor avaliar o desempenho assistencial de acordo com o CG.



3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS

As estatísticas hospitalares e de serviços 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.

Essas estatísticas, no entanto, podem ser distorcidas em virtude da variedade de definições e nomenclaturas utilizadas pelos diversos hospitais integrantes do SUS e que são empregadas durante a confecção do censo hospitalar.

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.

4 GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES

4.1 Sobre movimento de paciente

Internação hospitalar (admissão hospitalar): São os pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar 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.*

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 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.

Altas: 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.

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 ≥ 24 horas): É o que ocorre depois de decorridas, no mínimo, às 24 horas do início da internação hospitalar do paciente.

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

Saídas hospitalares: É a soma do número de altas, transferências externas, óbitos hospitalares (<24 horas) e óbitos institucionais (≥ 24 horas), registradas por clínica.

Transferência interna (UTI): É a mudança do paciente de uma unidade de internação para UTI no mesmo hospital.

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

Hospital dia: É uma unidade hospitalar onde os pacientes recebem cuidados de saúde de forma programada, permanecendo durante o dia sob cuidados médicos e não requerendo estadia durante a noite.

4.2 Sobre a classificação dos leitos

Leito hospitalar de internação (leito): É a cama 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.

Leitos operacionais dia (LOD): São os leitos operacionais, os 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.

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): É a unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.

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

5.1 Comissão de Prontuários

Anotar o número de prontuários revisados e o número de relatórios de alta completos dos prontuários revisados.

Deve ser revisada uma amostra de 10% das altas realizadas em cada Clínica, analisando a existência de cópia do Relatório de Alta entregue ao paciente, devendo existir uma porcentagem superior a 90% de relatórios de alta, devidamente preenchido, nos prontuários revisados, no mês de competência. Este indicador avalia o grau de cumprimento da entrega



do Relatório de Alta aos pacientes hospitalares (Enviados mensalmente junto com a prestação de contas – em forma de cópia/ scanner do relatório feito pela comissão de prontuário).

O que verificar no monitoramento:

- Total de altas em cada clínica (médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, neonatal, psiquiátrica, Queimados);
- Total de prontuários avaliados em cada especialidade/clínica (mínimo de 10%);
- Porcentagem de prontuários em conformidade por clínica/especialidade;
- Comprovação de entrega de “resumo de alta” devidamente preenchido e assinado para o paciente.

Periodicidade: mensal.

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

5.2 Comissão de Óbitos

Anotar o número total de óbitos institucionais e o número total de óbitos maternos analisados pela Comissão no mês de competência. Avalia a atividade da Comissão de Óbitos em termos de análise das causas de morte de no mínimo 90% dos óbitos institucionais ocorridos no hospital, sendo os resultados dessa análise refletidos nas Atas da citada Comissão, que constituirão as fontes de dados para correspondente avaliação.

O que verificar no monitoramento:

- Número total de óbitos institucionais, óbitos hospitalares com horário do óbito, setor do óbito, no mês;
- Número total de óbitos maternos (quando houver essa linha de saída);
- Número de óbitos analisados;
- Número de óbitos justificáveis e não justificáveis;
- Encaminhamentos Serviço de Verificação de Óbito - SVO/Instituto Médico Legal - IML/Declaração de Óbito - DO).

Periodicidade: mensal.

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



5.3 Comissão de Transplante (Inserir nas atas os dados quando a reunião ocorrer).

- **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 Órgão Captados:** Anotar o número de órgãos captados, exemplo córneas no mês de competência.

O que verificar no monitoramento:

- Número de pacientes potenciais doadores (separar doadores de córnea de pacientes em Morte Encefálica);
- Número de famílias abordadas para doação;
- Número de autorizações de doação;
- Número de órgãos com efetiva doação e transplante (separar córneas de demais órgãos captados).

OBS: Os dados informados de comissões estão estabelecidos como obrigação contratual.

Periodicidade: -

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

5.4 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Atender e nortear seus atos pela portaria nº 2616 de 12/05/1998, do Ministério da Saúde, pelo humanismo, código de ética e vocação do hospital e de obedecer sempre ao preconizado pelo instrumento máximo, o manual de gestão do hospital.

Coordenar as atividades de investigação, prevenção e controle, objetivando reduzir a incidência e a gravidade das infecções hospitalares às menores taxas possíveis.

Desempenhar um papel de extrema relevância junto à instituição hospitalar, uma vez que, as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos pacientes, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária entre outras. Informar o número de infecções associadas à cateter, ventilação mecânica, procedimentos cirúrgicos.

O que verificar no monitoramento:

- Apresentação dos indicadores de controle de infecção obrigatórios e análise dos mesmos.

Periodicidade: mensal.



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

5.5 Comissão de Ética Médica

Proporcionar ao paciente /cliente um atendimento médico de elevada qualidade técnica, ética e científica. Estabelecer e manter um clima de respeito, consideração e solidariedade entre os profissionais de saúde. Aprimorar os conhecimentos médicos programas de educação continuada. Zelar por condições dignas de trabalho.

Periodicidade: mínimo bimestral

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

5.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

Comissão interna de prevenção e acidentes – CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doença decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a prevenção da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Informar o número de acidentes ocupacionais e as tratativas relacionadas a estes.

O que verificar no monitoramento:

- Eventos/notificações e tratativas no período;
- Calendário de treinamentos obrigatórios e Semana interna de prevenção de acidentes.

Periodicidade: mensal.

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

5.7 Comissão de Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Redução da geração de resíduos, planejar as ações de gerenciamento de resíduos, eliminando as fontes de contaminação, reduzindo os índices de acidentes do trabalho relacionado aos resíduos. Estimular a reciclagem de resíduos comuns não contaminados. Promover a formação e capacitação de recursos humanos envolvidos com o PGRSS.

O que verificar no monitoramento:

- Atividades realizadas para cumprimento da RDC 306/ANVISA;
- Eventos adversos no período e tratativas;
- Indicadores (Taxa de acidentes com resíduos perfuro cortantes, Variação da geração



de resíduos e Variação da proporção de resíduos por grupo)

Periodicidade: mínimo bimestral

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

5.8 Comissão de Ética de Enfermagem

Será obrigatória a criação da Comissão de Ética de Enfermagem, onde existir Serviço de Enfermagem, a partir de 20 (vinte) enfermeiros. Será constituída por 3 (três) profissionais de Enfermagem: Presidente, Secretário e Membro, sendo os dois primeiros cargos privativos de Enfermeiro.

Colaborar com o COREN-ES nas atividades de divulgação, educação e orientação sobre temas relativos à ética na enfermagem. Fiscalizar o cumprimento do código de ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN-ES.

O que verificar no monitoramento:

- Eventos/notificações e tratativas no período.

Periodicidade: mensal.

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

5.9 Núcleo de Segurança do Paciente

Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente: Prática de higiene das mãos em serviços de saúde, cirurgia segura, prevenção de úlcera (lesão) por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Trabalhar na prevenção, detecção precoce e mitigação de Evento Adverso com ênfase na prevenção de eventos que nunca devem ocorrer em serviços de saúde, ou seja, Never Events.

Elaborar relatório com as ações e estratégias desenvolvidas no mês, relacionado aos indicadores propostos e atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

Periodicidade: mensal.

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

5.10 Grupo de Trabalho de Humanização

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.

O que verificar no monitoramento:

- Atas das reuniões e lista de frequência;
- Ações propostas e desenvolvidas pautadas na Política Nacional de Humanização do SUS previsto para o GTH (Grupo de Trabalho de Humanização)
- A Coparticipação entre os integrantes do grupo

Periodicidade: mensal

Percentual de participação: $\geq 70\%$

Planilha consolidada para preenchimento da OS.

Comissões em acompanhamento pela CMASS	Periodicidade	Data da reunião	Hora	Nº de membros eleitos	Nº de Membros presentes
1. Comissão de Prontuário					
2. Comissão de Óbito					
3. Comissão de PGRSS					
4. Comissão de Ética Médica					
5. Comissão de Ética de Enfermagem					
6. Comissão Interna					



Prevenção de Acidentes					
7. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar					
8. Comissão de Transplantes de Órgãos (Quando houver)					
9. Grupo de Trabalho de Humanização					

6 INDICADORES HOSPITALARES

6.1 CIRURGIAS REALIZADAS

Tem a finalidade de demonstrar o número total de cirurgias realizadas por porte e por especialidade.

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

6.2 PARTOS

Apresentar o número total de partos (cesáreas e partos normais), número total de cesáreas, anotar o número total de primíparas submetidas à cesárea e o número total de partos em primíparas no mês de competência.

6.3 MORTALIDADE OPERATÓRIA POR ASA

6.3.1 Avaliação Anestésica – ASA:

Apresentar o número total de pacientes que passaram por procedimentos cirurgias conforme a avaliação anestésica no mês de competência.

6.3.2 Nº de Óbitos 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 MORTALIDADE OPERATÓRIA

6.4.1 Nº de Óbitos até 7 Dias após Proc. 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 – no Centro Cirúrgico (Cirurgia Eletiva Hospitalar, Cirurgia Hospitalar de Urgência, Cirurgia Eletiva Ambulatorial, Cirurgia Eletiva Hospital-Dia 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 entrou no Centro Cirúrgico.

6.5 MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NEONATAL

Apresentar o número de Nascidos Vivos, Apgar 1 Min ≥ 7 , Apgar 5 min ≥ 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, na UTI Pediátrica, na 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.

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: Taxa de mortalidade Operatória = $(\text{n}^\circ \text{ de óbitos ocorridos até 7d após procedimento cirúrgico} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes operados}) \times 100.$

7.1.2 Infecção Hospitalar relacionada à assistência a 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: relação por 1000 entre o número de episódios de IRAS na UTI no mês dividido



pelo número de pacientes-dia da UTI.

Periodicidade: mensal.

Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de IRAS na UTI} / N^{\circ} \text{ de paciente dia da UTI}) \times 1000$.

7.1.4 Densidade de IPCS laboratorial associada à CVC em UTI

Definição: é a relação por 1000 entre o número de IPCS laboratoriais associadas ao uso de CVC no mês.

Periodicidade: mensal.

Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de casos novos de IPCS laboratorial na UTI} / N^{\circ} \text{ de CVC dia na UTI}) \times 1000$.

7.1.5 Taxa de Utilização de CVC na UTI:

Definição: mede o grau de utilização deste dispositivo nos pacientes da UTI, refletindo a exposição ao fator de risco para aquisição da infecção primária de corrente sanguínea especificamente associada à CVC. **Periodicidade:** mensal

Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de CVC dia no mês} / N^{\circ} \text{ de pacientes-dia no mesmo período}) \times 100$.

7.1.6 Densidade de infecção pulmonar relacionada à VM na UTI

Definição: é a relação por 1000 entre o número de pneumonia associada ao uso da utilização de VM, na UTI.

Periodicidade: mensal.

Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de casos novos de pneumonia relacionada à VM} / N^{\circ} \text{ de VM dia na UTI}) \times 1000$.

7.1.7 Taxa de utilização de ventilação mecânica na UTI

Definição: demonstra o grau de utilização desse dispositivo nos pacientes da UTI refletindo ao fator de risco para aquisição de pneumonia associada à VM.

Periodicidade: mensal

Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de VM dia} / N^{\circ} \text{ de paciente dia da UTI}) \times 100$

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 sepses 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: Taxa de Cesária em primíparas= número de primíparas submetidas a cesariana/ número de partos em primíparas x 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: é o número de cirurgias programadas e previamente agendadas

Periodicidade: mensal

Fórmula: (Número de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes no mês/ Número de cirurgias agendadas) x 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.

7.2 INDICADORES AMBULATORIAIS

7.2.1 Taxa de Perda Primária (%)

Definição: Acompanha o desperdício das primeiras consultas médicas disponibilizadas para a rede referenciada.

Numerador: número total de consultas agendadas **Denominador:** número total de consultas disponibilizadas **Periodicidade:** mensal



Fórmula: $100 - \frac{(\text{número total de consultas agendadas} \times 100)}{\text{número total de consultas disponibilizadas}}$.

7.2.2 Taxa de Absenteísmo (%)

Definição: Acompanha a não efetivação das consultas médicas previamente agendadas para atendimento decorrente da ausência do paciente. Avalia o aproveitamento das consultas médicas agendadas para atendimento no Ambulatório.

Numerador: número total de consultas realizada.

Denominador: número total de consultas agendadas

Periodicidade: mensal

Fórmula: $100 - \frac{(\text{número total de consultas realizadas} \times 100)}{\text{número total de consultas agendadas}}$

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

A classificação de risco

Definição: 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 Organizaci3n 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 (Protocolo de Manchester).

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

Periodicidade: mensal

Fórmula: (Nº de pacientes classificados por risco na urgência e emergência/ Nº de pacientes admitidos na urgência e emergência) x 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 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/atravessar 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).

7.4.1 Satisfação do Usuário – Pesquisa de Satisfação

Definição: é o cálculo percentual das respostas: muito satisfeito e satisfeito ou ótimo e bom no mês

Numerador: Nº de respostas: muito satisfeito e satisfeito ou ótimo e bom no mês

Denominador: Nº total de questionários

Periodicidade: mensal



Fórmula: (Nº de respostas: muito satisfeito e satisfeito ou ótimo e bom no mês/Nº total de questionários efetivos) x 100

Amostragem da pesquisa: será detalhada no Manual de indicadores - parte variável.

7.4.2 Percentual de Resolução das queixas – Reclamações

Definição: é o cálculo percentual das respostas às queixas recebidas no mês:

Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento do problema apresentado.

Anotar o número de queixas recebidas no período e número de queixas resolvidas. Entende-se por queixa o conjunto de reclamações dos usuários recebidas por qualquer meio registrada nos canais de serviço de atenção ao usuário.

Numerador: Nº de queixas resolvidas

Denominador: Nº de queixas recebidas

Periodicidade: mensal

Fórmula: (Nº de queixas resolvidas /Nº de queixas recebidas) x 100.

7.4.3 Tempo de resposta ≤ 7 dias - Reclamações

Definição: é o cálculo percentual de respostas as queixas recebidas, dentro do prazo de igual ou menor a 7 dias, no mês.

Numerador: Nº de queixas respondidas dentro do prazo de igual ou menor a 7 dias

Denominador: Nº total de queixas recebidas

Periodicidade: mensal

Fórmula: (Nº de queixas respondidas dentro do prazo de igual ou menor a 7 dias /Nº total de queixas recebidas) x 100.

7.4.4 Dispositivos de Humanização

Definição: é a implantação gradativa dos dispositivos constantes na Política Nacional de Humanização/PNH do SUS.

Numerador: -

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/OS)



Periodicidade: Trimestral

Fórmula: N/A

7.4.5 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: -

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/OS)

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: é a proporção de leitos operacionais utilizados no mês.

Numerador: número de paciente dia

Denominador: número de leitos operacionais - dia

Periodicidade: mensal

Fórmula: Taxa ocupação = número de paciente dia/ número de leitos operacionais dia x100

8.1.2 Tempo Médio de Permanência (dias) SIPAGEH/CQH

Definição: é o tempo médio que um paciente permanece internado no hospital.

Numerador: número de paciente dia

Denominador: número de saídas (altas + óbitos + transferências)

Periodicidade: mensal



Fórmula: TMP = número de paciente dia

número de saídas [altas+óbitos+transferências externas]

OBS: Exceção nos casos de UTI Adulto, UTI Coronariana, UTI Pediátrica, UTI Neonatal considerar como saídas – óbitos + transferências externas + transferências internas de saída para as clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e/ou pediátrica.

8.1.3 Índice de Intervalo de Substituição (dias) SIPAGEH/CQH

Definição: é o tempo médio que um leito fica desocupado.

Numerador: [100 - taxa de ocupação hospitalar] x tempo médio de permanência

Denominador: taxa de ocupação hospitalar

Periodicidade: mensal

Fórmula: Índice de Intervalo de Substituição =

$$\frac{[100 - \text{taxa de ocupação hospitalar}] \times \text{tempo médio de permanência}}{\text{Taxa de ocupação hospitalar}}$$

OBS: Exceção nos casos de UTI Adulto, UTI Coronariana, UTI Pediátrica, UTI Neonatal considerar como saídas – óbitos + transferências externas + transferências internas de saída para as clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e/ou pediátrica.

8.1.4 Índice de Rotatividade [giro] SIPAGEH/CQH

Definição: mede a rotatividade do leito hospitalar no hospital

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

Denominador: número de leitos operacionais (não é leito operacional dia, deverá a somatória de leito operacional – dia ser dividido pelo n. de dias do mês).

Periodicidade: mensal

Fórmula: Índice rotatividade = número de saídas hospitalares/número de leitos operacionais

OBS: Exceção nos casos de UTI Adulto, UTI Coronariana, UTI Pediátrica, UTI Neonatal considerar como saídas – óbitos + transferências externas + transferências internas de saída para as clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e/ou pediátrica.



8.2 INDICADOR HOSPITALAR DE EFETIVIDADE

8.2.1 Taxa de Mortalidade Institucional (%) SIPAGEH/CQH

Definição: Mede o risco de mortalidade após 24 horas de internação. A gravidade dos pacientes e a complexidade do serviço interferem no resultado desse indicador.

A análise dos resultados entre os serviços merece ajuste pela gravidade dos pacientes e complexidade dos serviços.

Numerador: número de óbitos após 24 h de internação

Denominador: número de saídas (altas + óbitos + transferências externas)

Periodicidade: mensal

Fórmula : Taxa mortalidade Institucional= $\frac{\text{número de óbitos} > 24\text{h}}{\text{número de saídas}} \times 100$

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 funcionários [turnover] CQH

Definição: mede a rotatividade de funcionários na instituição.

Numerador: admissões + demissões/2

Denominador: número médio de funcionários

Periodicidade: mensal

Fórmula: Rotatividade de funcionários= $\frac{\text{admissões} + \text{demissões}}{2}$ número de funcionários (CLT)

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 numero de leitos operacionais.

Numerador: número de funcionários contratados [CLT] e de terceiros (**excluir os médicos**)

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

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

Denominador: número de leitos operacionais

Periodicidade: mensal

Fórmula: Relação Enfermagem por Leito = n. 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: Taxa de Médico Especialista = número de médicos com título de especialistas/
Número de médicos que atuam no hospital x 100